



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΔΠΜΣ «ΝΕΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ»

Διπλωματική Εργασία

Οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία και στην ανάπτυξη στην Ευρώπη



Φωτεινή-Αντωνία Παπαδιώτη

Επιβλέπων: Επ. Καθηγητής Βασίλης Τσέλιος

Σεπτέμβριος, 2018

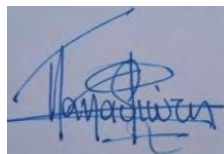
Δήλωση

Βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι δική μου, δεν έχει συγγραφεί από άλλο πρόσωπο με ή χωρίς αμοιβή, δεν έχει αντιγραφεί από δημοσιευμένη ή αδημοσίευτη εργασία άλλου και δεν έχει προηγουμένως υποβληθεί για βαθμολόγηση στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας ή αλλού. Βεβαιώνω ότι είμαι εν γνώσει των κανόνων περί λογοκλοπής του ΤΜΧΠΠΑ και ότι στο πλαίσιο αυτού έχουν τηρηθεί όλοι οι κανόνες κατά την ακαδημαϊκή δεοντολογία, σχετικά με αναφορές, βιβλιογραφία, κ.λ.π., τόσο από έντυπες όσο και από ηλεκτρονικές πηγές. Σε περίπτωση λογοκλοπής αποδέχομαι όλες ανεξαιρέτως τις ποινές που προβλέπουν οι εκάστοτε Κανονισμοί του ΠΘ ή και του ΤΜΧΠΠΑ.

Ημερομηνία: 28-9-2018

Ονοματεπώνυμο: Φωτεινή-Αντωνία Παπαδιώτη

Υπογραφή:



Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Νέα Επιχειρηματικότητα, Καινοτομία και Ανάπτυξη», των Τμημάτων Μηχανικών Χωροταξίας Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης, Μηχανολόγων Μηχανικών και Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η εργασία ολοκληρώθηκε υπό την επίβλεψη του επίκουρου καθηγητή Β. Τσέλιου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή για τη διαρκή καθοδήγησή, τη σημαντική βοήθεια που μου προσέφερε και την ευκαιρία που μου έδωσε για την ενασχόληση με ένα τόσο ενδιαφέρον επιστημονικό αντικείμενο. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της επιτροπής, τον επίκουρο καθηγητή Δ. Καλλιώρα και την Δρ. Μ. Τσιάπα για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Ειδικότερα, θέλω να ευχαριστήσω τον επίκουρο καθηγητή Δ. Καλλιώρα για την παροχή του κινήτρου ενασχόλησης με το συγκεκριμένο θέμα, μέσα από τις διαλέξεις του στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών και την Δρ. Μ. Τσιάπα για την βοήθειά της στο στατιστικό σκέλος της εργασίας και τις καίριες παρατηρήσεις και υποδείξεις της.

Συνολικά, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω σε όλους τους διδάσκοντες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος για τη συμβολή τους στην απόκτηση του κατάλληλου γνωστικού υποβάθρου κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, το οποίο κρίθηκε απαραίτητο για την σύνθεση και ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη διαχρονική βοήθεια και ενθάρρυνσή τους στην εκπλήρωση των στόχων μου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους μου για την διαρκή στήριξη τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διαχρονικά, οι ανισότητες στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν μελετηθεί με κύριο κριτήριο οικονομικούς δείκτες, ωστόσο τα τελευταία έτη οι ανισότητες μελετώνται με την ανάλυση και κοινωνικών παραγόντων εκτός των οικονομικών. Επίσης, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στις ανισότητες που εμφανίζονται στον τομέα της υγείας. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σε όλες τις περιπτώσεις στην επίδραση της χρηματοπιστωτικής κρίσης του έτους 2008.

Με την παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρείται αρχικά η καταγραφή των βασικών σημείων της πολιτικής υγείας στην Ευρώπη. Ακολούθως, καταγράφεται η θεωρητική προσέγγιση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία και την ανάπτυξη. Δίνεται έμφαση σε βασικές αδυναμίες του ευρωπαϊκού οικοδομήματος, στην πολυδιάστατη έννοια της υγείας, και στο ρόλο του χωρικού σχεδιασμού στην υγεία. Στη συνέχεια αναλύονται οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην μελέτη των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών υγείας και των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών. Οι συσχετίσεις διερευνώνται μέσω γραμμικών παλινδρομήσεων και τα αποτελέσματα ερμηνεύονται βάσει των αρχών της στατιστικής και του θεωρητικού υποβάθρου. Η μελέτη υποστηρίζεται από χαρτογραφική απεικόνιση.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της εργασίας η υγεία επηρεάζεται από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες ενώ ιδιαίτερη επιρροή ασκεί και ο χωρικός σχεδιασμός. Οι διαφορές που εντοπίζονται σε επίπεδο ανάπτυξης αποτυπώνονται και στην υγεία. Εντύπωση προκαλεί επίσης η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη διαμόρφωση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ υγείας και ανάπτυξης. Οι ανισότητες που εντοπίζονται αφορούν τόσο τις χώρες όσο και τις διαφορετικές περιφέρειες.

Το θέμα αντιμετώπισης των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία και την ανάπτυξη είναι διαχρονικό. Σήμερα κρίνεται επιτακτική η αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος μέσω διαρθρωτικών αλλαγών στις εφαρμοζόμενες πολιτικές και μέσω του επιτυχημένου πολυεπίπεδου χωρικού σχεδιασμού.

Λέξεις κλειδιά: περιφερειακή ανάπτυξη, ανισότητες, υγεία, Ευρωπαϊκή Ένωση, χωρικός σχεδιασμός, πολιτική υγείας

ABSTRACT

Over time, inequalities in the European Union have been studied with the analysis of economic indicators, but in recent years inequalities have been studied with the analysis of social factors other than economics. Also, particular attention has been paid to inequalities in the health sector. Emphasis is given in all cases on the impact of the financial crisis of 2008.

This thesis attempts initially to highlight the key points of health policy in Europe. Then, a theoretical approach of regional inequalities in health and development is documented. Emphasis is placed on the main weaknesses of the European construction, the multidimensional concept of health and the role of spatial planning in health. The variables used in the study, in order to find the correlations between health variables and socio-economic variables, are then analyzed. The correlations are investigated through linear regressions and the results are interpreted based on the principles of statistical and theoretical background. The study is supported by maps.

According to the results of this thesis, health is influenced by social and economic factors, while spatial planning also has a particular influence. Differences in development are also reflected in health. Impression is also caused by the impact of the economic crisis on shaping the interactions between health and development. The inequalities identified, concern both countries and different regions.

The issue of tackling regional inequalities in health and development is timeless. Today it is imperative to address this problem through structural changes in applied policies and through successful multi-level spatial planning.

Key words: regional development, inequalities, health, European Union, spatial planning, health policy

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
2. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	12
2.1 Ιστορική Αναδρομή	12
2.2 Η Πολιτική Υγείας στην Ευρώπη σήμερα	15
2.3 Χωρικός σχεδιασμός και δημόσια υγεία.....	18
3.ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	21
3.1 Το αναπτυξιακό χάσμα μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Κέντρου (Βορράς-Δύση) και της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας (Νότος-Ανατολή)	21
3.2 Αδυναμίες του Ευρωπαϊκού οικοδομήματος	24
3.3 Ανισότητες στην υγεία στην Ευρώπη	29
3.3.1 Οι ανισότητες στην υγεία διαχρονικά.....	29
3.3.2 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία	31
3.4 Οικονομική κρίση και συστήματα υγείας	33
3.4.1 Η οικονομική κρίση του έτους 2008, ως Ευρωπαϊκή πρόκληση για το σύστημα υγείας	33
3.4.2 Στρατηγικές επιλογές για το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης των χωρών της Ευρώπης τα έτη 2008-2013	35
4.ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	37
4.1 Δεδομένα.....	37
4.2 Μεταβλητές.....	38
5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ .	54
5.1.Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του δείκτη θνησιμότητας	54
5.2.Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της 1ης πολλαπλής παλινδρόμησης.....	55
5.3 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του προσδόκιμου ζωής.....	64
5.4 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της 2ης πολλαπλής παλινδρόμησης.....	67
5.5. Απεικόνισή περιφερειακών μεγεθών	75
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	82
6.1 Σύνοψη και ανάλυση βασικών σημείων	82
6.2 Προτάσεις για αλλαγές στην πολιτική σχεδιασμού	87
6.3 Προτάσεις μελλοντικής έρευνας.....	89
ΠΗΓΕΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	91

Περιεχόμενα Σχημάτων

Εικόνα 1: Το μοντέλο των συντελεστών υγείας των Dahlgren και Whitehead	31
Χάρτης 1: Ποσοστιαία μεταβολή στο ΚΚ ΑΕΠ 2005-2016 (NUTS 2)	40
Χάρτης 2: Ποσοστιαία μεταβολή του πληθυσμού σε ρίσκο φτώχειας 2006-2010 (NUTS 2) .	43
Χάρτης 3: Ποσοστιαία μεταβολή των ατόμων που εγκαταλείπουν την εκπαίδευση-κατάρτιση 2013-2016 (NUTS 2).....	45
Χάρτης 4: Ποσοστιαία μεταβολή πληθυσμού που στερείται σημαντικών υλικών στο ΚΚ ΑΕΠ 2006-2010 (NUTS 2)	47
Χάρτης 5: Ποσοστιαία μεταβολή δείκτη προσδόκιμου ζωής 2013-2016 (NUTS 2)	49
Χάρτης 6: Ποσοστιαία μεταβολή σταθμισμένου δείκτη όλων των αιτιών θανάτου 2006-2010 (NUTS 2).....	51
Χάρτης 7: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ (NUTS 2) 2016	76
Χάρτης 8: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Προσδόκιμο ζωής (NUTS 2) 2016..	77
Χάρτης 9: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Άτομα που εγκαταλείπουν την εκπαίδευση-κατάρτιση (NUTS 2) 2016	78
Χάρτης 10: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Πληθυσμός σε ρίσκο φτώχειας (NUTS 2) 2016.....	79
Χάρτης 11: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Πληθυσμός που στερείται σημαντικών υλικών (NUTS 2) 2016	80
 Διάγραμμα 1: Διαπίστωση της ετεροσκεδαστικότητας στην 1η Παλινδρόμηση	60
Διάγραμμα 2: Ιστόγραμμα στην 1η Παλινδρόμηση.....	60
Διάγραμμα 3: P-Plot 1ης Παλινδρόμησης	61
Διάγραμμα 4: Διαπίστωση της ετεροσκεδαστικότητας στην 2η Παλινδρόμηση.....	70
Διάγραμμα 5: Ιστόγραμμα στην 2η Παλινδρόμηση.....	71
Διάγραμμα 6: P-Plot 2ης Παλινδρόμησης	71

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Διακύμανση μεταβλητών 1ης Παλινδρόμησης	55
Πίνακας 2: Πίνακας συσχετίσεων 1ης Παλινδρόμησης.....	56
Πίνακας 3: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (Α) 1ης Παλινδρόμησης	57
Πίνακας 4: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (Β) 1ης Παλινδρόμησης	57
Πίνακας 5: Πίνακας συντελεστών 1ης Παλινδρόμησης	58
Πίνακας 6: Πίνακας συσχέτισης ερμηνευτικών μεταβλητών 1ης Παλινδρόμησης	59
Πίνακας 7: Πίνακας συντελεστών μετά τη διόρθωση WHITE	62
Πίνακας 8 : Πίνακας συντελεστών 1ης Παλινδρόμησης (EViews)	63
Πίνακας 9 : Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου της 1ης Παλινδρόμησης (EViews)	64
Πίνακας 10 : Διακύμανση μεταβλητών 2ης Παλινδρόμησης	67
Πίνακας 11: Πίνακας συσχετίσεων 2ης Παλινδρόμησης.....	67
Πίνακας 12: Πίνακας συσχετίσεων 2ης Παλινδρόμησης.....	68
Πίνακας 13: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (Β) 2ης Παλινδρόμησης	68
Πίνακας 14: Πίνακας συντελεστών 2ης Παλινδρόμησης	69
Πίνακας 15: Πίνακας συσχέτισης ερμηνευτικών μεταβλητών 2ης Παλινδρόμησης	70
Πίνακας 16: Πίνακας συντελεστών 1ης Παλινδρόμησης (EViews)	73
Πίνακας 17: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου της 1ης Παλινδρόμησης (EViews)	74

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονείται στα πλαίσια του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νέα Επιχειρηματικότητα Καινοτομία και Ανάπτυξη». Αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας αποτελούν οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία και στην ανάπτυξη στην Ευρώπη. Στόχος είναι η αποσαφήνιση των βασικών σημείων της πολιτικής υγείας στην Ευρώπη και η καταγραφή των ανισοτήτων που εντοπίζονται τόσο στην υγεία όσο και στην ανάπτυξη, σε επίπεδο περιφερειών. Βάσει των ανωτέρω μπορεί να παρουσιαστούν βασικές αδυναμίες των εφαρμοζόμενων πολιτικών και να δημιουργηθούν προτάσεις προς την αντιμετώπισή τους.

Το μελετώμενο θέμα ήταν αποτέλεσμα του επιστημονικού υποβάθρου που αναλύθηκε στα μαθήματα του μεταπτυχιακού προγράμματος. Η ανάλυση του συγκεκριμένου θέματος έχει ιδιαίτερη αξία για τη σύγχρονη επιχειρηματικότητα, στον τομέα της υγείας και της ανάπτυξης, καθώς για την επιτυχημένη επιχειρηματική δράση είναι απαραίτητη η κατανόηση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών συνθηκών που ισχύουν. Άλλωστε η επιχειρηματικότητα προκειμένου να επιφέρει τα μέγιστα οικονομικά και κοινωνικά οφέλη πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κοινού και στις ιδιαίτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η εκάστοτε κοινωνική ομάδα. Ακόμη, η διερεύνηση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία και την ανάπτυξη μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση της διαμόρφωσης των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στον επιτυχημένο «από κάτω προς τα πάνω» σχεδιασμό. Η κατανόηση της δυναμικής της εκάστοτε χωρικής ενότητας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχημένη αξιοποίηση των διαθέσιμων οικονομικών και τεχνολογικών εργαλείων ανάπτυξης και διαχείρισης της αλλαγής που επιφέρουν οι διαρκείς εξελίξεις που συνδέονται με την καινοτομία. Πράγματι η επιτυχημένη αλλαγή δε συνεπάγεται την ανάγκη μακροχρόνιων και πολυδάπανων αλλαγών αλλά αντιθέτως προϋποθέτει την ανάλυση των δεδομένων ώστε να συντελεστεί μέσω μικρών εύστοχων κινήσεων (Senge,2006).

Η επιχειρηματικότητα περιγράφεται συχνά ως η δυνατότητα δημιουργίας νέων επιχειρήσεων από νέες ή υπάρχουσες ιδέες και οράματα. Διαχρονικά, υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στο σύστημα υγείας των διαφορετικών ευρωπαϊκών χωρών, εξελίξεις που επηρέασαν και την επιχειρηματικότητα στον κλάδο της υγείας. Ο καθυστερημένος ρυθμός επιχειρηματικής δραστηριότητας σε αυτόν τον κλάδο είναι εν

μέρει μια αντίδραση στη γενική οικονομία και τις αγορές, αλλά και αποτέλεσμα της έλλειψης γνώσης για τις επικρατούσες μακροοικονομικές συνθήκες (Grazier & Metzler, 2006). Συνεπώς η διερεύνηση των ανισοτήτων στην υγεία και την ανάπτυξη έχει ιδιαίτερη αξία για την επιχειρηματικότητα και τις σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με την τεχνολογική και κοινωνική καινοτομία.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αντιμετωπίζει προβλήματα διχασμού εξαιτίας των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων που εντοπίζονται μεταξύ των χωρών. Το ευρωπαϊκό οικοδόμημα κλονίζεται, όπως φαίνεται κι από την έκδηλη έκφραση κοινωνικών και οικονομικών και περιφερειακών ανισοτήτων, τις φυγόκεντρες τάσεις, την αμφισβήτηση του κοινοτικού κεκτημένου και την αποδοχή ακραίων πολιτικών σχηματισμών που έχουν αντιευρωπαϊκό προσανατολισμό. Η ομοιογένεια της ένωσης δε φαίνεται να έχει επιτευχθεί, αν λάβουμε υπόψη τους διαφορετικούς ρυθμούς ανάπτυξης των χωρών και των περιφερειών.

Ειδικότερα, η συνοχή η οποία θεωρείται ως βασική κινητήρια δύναμη για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων και της διαμόρφωσης κοινών συμφερόντων σε επίπεδο ένωσης, δεν διευκολύνεται από την εφαρμογή των γενικευμένων πολιτικών που συχνά προωθούνται. Ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα είναι η μερική επίτευξη συνοχής, αν λάβουμε υπόψη το διαχωρισμό Βορρά-Νότου και Δύσης-Ανατολής που παρατηρείται. Αν μελετηθούν τα δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των διαφορετικών χωρών παρατηρούνται έντονες αποκλίσεις οι οποίες εμφανίζονται μεταξύ ομάδων χωρών. Παρατηρούνται λοιπόν αντιθέσεις και ανισότητες στο χώρο της Ευρώπης, οι οποίες μπορούν να προσδιοριστούν σε σχετικό αναπτυξιακό δυναμισμό της Κεντρικής Ευρώπης και σε αναπτυξιακή υστέρηση των Βαλκανίων. Έτσι έχει επικρατήσει η άποψη «κέντρου-περιφέρειας» από την περίοδο που ξεκίνησαν οι διευρύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέχρι σήμερα (Πετράκος & Ψυχάρης, 2004). Έτσι εμφανίζεται απουσία ενός ενιαίου συνόλου με κοινές επιδιώξεις με αποτέλεσμα οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης να μην έχουν το θεμιτό αντίκτυπο σε όλες τις χώρες (Ertur, Le Gallo & Baumont, 2006).

Οι παράγοντες που επιδρούν στις οικονομίες των προηγμένων και των ασθενέστερων χωρών είναι διαφορετικοί. Αυτό δεν το λαμβάνουν απόλυτα υπόψη οι εφαρμοζόμενες πολιτικές, καθώς σε πολλούς θεματικούς άξονες θέτουν κοινούς στόχους για περιοχές με διαφορετικά χαρακτηριστικά και δυνατότητες. Όμως, δεν είναι εφικτό η ίδια πολιτική να αρμόζει σε όλες τις κατηγορίες χωρών ή ακόμη και κατηγορίες περιφερειών. Έτσι, οι οικονομικά ασθενέστερες χώρες και περιφέρειες ή αυτές που

αντιμετωπίζουν κοινωνικά και πολιτικά θέματα, δεν ανταποκρίνονται σε μια τέτοια πολιτική, οδηγώντας ουσιαστικά σε αποτυχία επίτευξης των εκάστοτε στόχων. Πρόκειται ουσιαστικά για το πρόβλημα λανθασμένης και γενικευμένης στοχοθεσίας που δεν ανταποκρίνεται στη δυναμική της εκάστοτε χώρας ή μικρότερης γεωγραφικής ενότητας όπως η περιφέρεια (Petrakos & Artelaris, 2006). Με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται ανισότητες στην ανάπτυξη των περιφερειών και υστέρηση σε σημαντικούς τομείς όπως η υγεία.

Πιο συγκεκριμένα, ιδιαίτερες δυσκολίες εμφανίζονται σε ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία. Η μέτρηση του αντίκτυπου της ύπαρξης ανισοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελεί πρόκληση γιατί υπάρχει πληθώρα παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και συχνά εμφανίζεται δυσκολία να προσδιοριστούν ακριβώς οι συνιστώσες που οδηγούν στην εκδήλωση ενός ιατρικού φαινομένου. Επίσης, υπάρχει συνήθως μια σημαντική χρονική υστέρηση στις δραστηριότητες που έχουν επιπτώσεις, λόγω της φύσης της αλληλεπίδρασης μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων της υγείας και των αποτελεσμάτων της υγείας. Υπάρχουν πολύ ισχυρές ενδείξεις ότι οι ανισότητες στην υγεία ακολουθούν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, με τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες να εμφανίζουν τα χειρότερα επίπεδα υγείας. Σύμφωνα με την Μαλάμου (2015), χώρες με χαμηλή ή μέση ανάπτυξη παρουσιάζουν αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων, ενώ χώρες με αυξημένο οικογενειακό εισόδημα και με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, παρουσιάζουν βελτιωμένους δείκτες υγείας. Σύμφωνα με τους Kaplan et. al (1996) και τους Kennedy et al (1996), οι ανισότητες στην υγεία ακολουθούν την ίδια πορεία με τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Ωστόσο, δεν υπάρχει καθολική αποδοχή της συγκεκριμένης άποψης. Σύμφωνα με τον Deaton (1999), οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες δεν ακολουθούν πάντα την ίδια πορεία με την ανισότητα στην υγεία καθώς οι παράγοντες που επηρεάζουν τα ζητήματα υγείας είναι ιδιαίτερα σύνθετοι. Η πολιτική υγείας στην Ευρώπη αναπτύσσεται παράλληλα με τις υπόλοιπες στρατηγικές και έχει ως κοινό σημείο την χωρίς περιορισμούς ανάπτυξη για όλες τις χωρικές ενότητες. Η διερεύνηση των ανισοτήτων στην υγεία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον εξαιτίας των διαφορετικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτές (WHO, 2013).

Η επίτευξη της οικονομικής, κοινωνικής και εδαφικής συνοχής βρίσκεται στο επίκεντρο της Ευρώπης 2020 και αποτελεί βασικό θέμα της «χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης». Ως εκ τούτου, οι πολιτικές περιφερειακής ανάπτυξης και συνοχής πρέπει

να εκπληρώνουν το καθήκον τόσο της προώθησης της σταδιακής σύγκλισης του κατά κεφαλήν εισοδήματος, όσο και των κοινωνικών δεικτών, όπως η υγεία.

Έναυσμα για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος αποτέλεσε το αντικείμενο σπουδών του Τμήματος Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, το οποίο προσανατολίζεται σε θέματα περιφερειακής ανάπτυξης σε συνδυασμό με ζητήματα ευρωπαϊκών πολιτικών. Ειδικότερα, οι περιφερειακές ανισότητες στην Ευρώπη αποτελούν ένα σύγχρονο ζήτημα το οποίο απεικονίζεται στις διαφορετικές πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έχει άμεση σύνδεση με τις πολιτικές του χωρικού σχεδιασμού.

Όσον αφορά τα δεδομένα που επιλέχθηκαν για να απεικονίσουν την ανάπτυξη και την υγεία δε μπορούμε να θεωρήσουμε ότι απεικονίζουν πλήρως αυτές τις δύο πολύπλοκες έννοιες ωστόσο συνδυαστικά με το θεωρητικό υπόβαθρο της εργασίας μπορεί να προσδιοριστούν σε έναν ικανοποιητικό βαθμό οι περιφερειακές ανισότητες στην Ευρώπη. Τα θεωρητικά και πρακτικά όρια διεξαγωγής της παρούσας εργασίας τέθηκαν με βάση: (α) τις διαθέσιμες πηγές τεκμηρίωσης, (β) τα διαθέσιμα στατιστικά δεδομένα για το διοικητικό επίπεδο μελέτης (γ) την κριτική αξιολόγηση και ανάλυση του ερευνητή.

Επίσης, πρέπει να αναφερθούμε στη καινοτομία της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας η οποία έγκειται στον τρόπο με τον οποίο επιλέχθηκε να διερευνηθούν οι ανισότητες στην υγεία και στην ανάπτυξη. Οι ανισότητες προσεγγίζονται υπό την σκοπιά του χωρικού σχεδιασμού και όχι αποκλειστικά από την κοινωνικοοικονομική οπτική. Ειδικότερα, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στις πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται σε διαφορετικές χωρικές ενότητες και στα αποτελέσματα που έχουν σε αυτές. Επίσης, δίνεται έμφαση στην χωρική απεικόνιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με αποτέλεσμα να διαμορφώνεται η γεωγραφία της Ευρώπης σχετικά με τις ανισότητες στην υγεία και την ανάπτυξη. Η αναζήτηση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία και στην ανάπτυξη δεν παρέμεινε σε θεωρητικό επίπεδο αλλά τεκμηριώθηκε με την επεξεργασία στατιστικών δεδομένων. Βάσει της βιβλιογραφικής έρευνας, δεν βρέθηκε κάποια εργασία με το ίδιο αντικείμενο ωστόσο η μέχρι τώρα έρευνα προσανατολιζόταν σε ζητήματα ανισοτήτων στην υγεία σε συγκεκριμένες Ευρωπαϊκές χώρες. Σχετικά με την υγεία στο σύνολο της Ευρώπης, εντοπίστηκαν μελέτες κυρίως από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η παρούσα εργασία συνδυάζει την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με την ερμηνεία τους μέσω του θεωρητικού υποβάθρου και βάσει των αρχών της περιφερειακής ανάπτυξης. Στα

ανωτέρω πλαίσια απεικονίζονται οι εξελίξεις στον ευρωπαϊκό χώρο διαχρονικά σε ζητήματα σχετικά με την ανάπτυξη και τις ανισότητες. Οι ποικίλες αλλαγές που έχουν επέλθει σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, κυρίως μέσω των αυστηρών δημοσιονομικών μέτρων που καλούνται να υιοθετήσουν τα κράτη μέλη, καθιστούν αναγκαία μία συνολική εξέταση των επιπέδων ανάπτυξης των χωρών, ειδικά όταν επηρεάζονται τομείς, όπως η υγεία. Η συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει εφαλτήριο για μελλοντική επιστημονική έρευνα καθώς η αντιμετώπιση του αναπτυξιακού χάσματος στην Ευρώπη και η εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία αποτελούν διαχρονικά ζητήματα..

Η διπλωματική εργασία διαρθρώνεται συνολικά από έξι κεφάλαια. Αναλυτικότερα, ξεκινώντας από το παρόν κεφάλαιο, Κεφάλαιο 1, γίνεται μια εισαγωγική αναφορά στο αντικείμενο μελέτης, στο σκοπό της παρούσας εργασίας, στους κύριους άξονες που αυτή δομήθηκε και στην καινοτομία της έρευνας.

Ακολούθως, στο Κεφάλαιο 2, παρουσιάζεται η πολιτική υγείας στην Ευρώπη, μέσα από μία ιστορική αναδρομή και δίνοντας έμφαση στην σύγχρονη πολιτική υγείας. Επίσης, παρουσιάζεται η συσχέτιση του χωρικού σχεδιασμού με την υγεία.

Επιπρόσθετα, στο Κεφάλαιο 3, παρουσιάζονται οι ανισότητες στην ανάπτυξη και την υγεία μέσα από την βιβλιογραφική επισκόπηση και μέσω μελετών. Δίνεται έμφαση στο αναπτυξιακό χάσμα που δημιουργείται στην Ευρώπη και στις αδυναμίες του ευρωπαϊκού οικοδομήματος. Ακόμη, παρουσιάζονται οι διαφορετικές στρατηγικές που ακολουθήθηκαν από τις διαφορετικές χώρες στα συστήματα υγείας τους εξαιτίας της δημοσιονομικής κρίσης του 2008.

Στη συνέχεια, στο Κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται οι μεταβλητές και η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθούν για την ερμηνεία των ανισοτήτων στην υγεία και στην ανάπτυξη. Αναλύονται ως προς τον τρόπο υπολογισμού τους, την αξία τους και την εξέλιξή τους. Ακόμη, στο Κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που ολοκληρώθηκε προκειμένου να αποτυπωθεί η συμβολή ορισμένων κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών στην υγεία. Ερμηνεύονται τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων που εκτελέστηκαν και επιχειρείται η αιτιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Τέλος, στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας και καταγράφονται προτάσεις σχετικά με την πολιτική υγείας στην Ευρώπη. Τα στατιστικά αποτελέσματα ερμηνεύονται σε λεπτομέρεια βάσει του θεωρητικού υποβάθρου που έχει προηγηθεί. Όσον αφορά τις προτάσεις προσανατολίζονται σε επίπεδο σχεδιασμού.

2. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Η ιδρυτική συνθήκη της ΕΟΚ το έτος 1957 (Συνθήκη της Ρώμης), ήταν κυρίως μία συμφωνία οικονομικής συνεργασίας για τη δημιουργία μιας κοινής αγοράς, ωστόσο περιλάμβανε ρυθμίσεις και για αρκετές δραστηριότητες που σχετίζονταν έμμεσα αλλά ουσιαστικά με τη δημόσια υγεία. Παραδείγματα τέτοιων ρυθμίσεων αποτελούν οι προδιαγραφές υγιεινής και ασφάλειας στην παραγωγή και διακίνηση των τροφίμων, των φαρμάκων και των ιατρικών μηχανημάτων.

Ακολούθως, η Ευρωπαϊκή Ένωση ανέπτυξε ποικίλες πολιτικές υγείας που αφορούσαν τη βιοιατρική έρευνα, την πρόληψη και καταπολέμηση του καρκίνου, του AIDS και των ναρκωτικών, τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των φαρμακευτικών προϊόντων και των ιατρικών μηχανημάτων. Επίσης, ανέπτυξε πολιτικές που αφορούσαν τη διαμόρφωση υγειονομικών προδιαγραφών για τα γεωργικά προϊόντα και για το συντονισμό της νομοθεσίας για την κοινωνική ασφάλιση. Διαχρονικά, παρατηρείται μία αυξανόμενη ανάμειξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα ζητήματα υγείας χωρίς να υπάρχει ωστόσο μια ολοκληρωμένη πολιτική υγείας ή ένα υπεύθυνο κέντρο υγειονομικών αποφάσεων. Τα διαφορετικά προγράμματα υγείας, τα διαχειρίζονταν διάφορες Κοινοτικές Διευθύνσεις. Ειδικότερα, η 5^η Γενική Διεύθυνση περιλάμβανε ειδικό τομέα δημόσιας υγείας (Τούντας, 2001).

Στη συνέχεια με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ (1992), στο άρθρο 129 δόθηκε βαρύτητα στην προάσπιση της δημόσιας υγείας, διαμορφώνοντας το θεσμικό πλαίσιο ώστε όλες οι συνιστώσες της κοινοτικής πολιτικής να μεριμνούν για ζητήματα υγείας. Επίσης, με τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1997), στο άρθρο 152 αναφέρεται ότι ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας θα πρέπει να εξασφαλίζεται στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή όλων των δράσεων και των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, με τη συγκεκριμένη συνθήκη διατυπώθηκε η ανάγκη μιας νέας ευρωπαϊκής στρατηγικής για τη μείωση των κινδύνων που απειλούν την υγεία και την πρόληψη ασθενειών. Στο πλαίσιο αυτής της στρατηγικής συγκροτήθηκε η «Νέα Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Προστασίας του Καταναλωτή». Επίσης σημαντική εξέλιξη αποτελεί η δημοσιοποίηση της έκθεσης της Επιτροπής για την ευρωπαϊκή πολιτική δημόσιας υγείας στην πενταετία 2001-2006 που δόθηκε στη δημοσιότητα. Στην έκθεση περιλήφθηκαν προτάσεις για την ενημέρωση και πληροφόρηση του κοινού, στον τομέα της άμεσης αντίδρασης στους κινδύνους που απειλούν την υγεία των Ευρωπαίων και στον τομέα της αντιμετώπισης των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν στην υγεία.

Η συγκεκριμένη έκθεση ανέδειξε ζητήματα που αφορούν τα διαφορετικά συστήματα υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα, καταγράφηκε έλλειψη πόρων, διαφάνειας και κατανόησης των ευρωπαϊκών πολιτικών υγείας από το μέσο Ευρωπαίο Πολίτη με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή η ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας. Επίσης, η απουσία υποδομών και μηχανισμών για την αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία όλων των ασκούμενων ευρωπαϊκών πολιτικών και δράσεων, οδηγεί σε δυσλειτουργίες των συστημάτων λόγω καθυστερήσεων και αστοχιών. Τέλος, υπάρχει ιδιαίτερος προβληματισμός σχετικά με το ζήτημα εναρμόνισης των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών.

Σήμερα, οι εθνικές κυβερνήσεις είναι αρμόδιες για την οργάνωση και την εξασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης και ο ρόλος της ΕΕ είναι να συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές βοηθώντας τις κυβερνήσεις της ΕΕ να επιτυγχάνουν κοινούς στόχους. Οι κοινόι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν μέσω της δημιουργίας οικονομιών κλίμακας και της συγκέντρωσης πόρων που θα βοηθήσουν τα κράτη μέλη της ΕΕ να αντιμετωπίσουν κοινές προκλήσεις, όπως πανδημίες, χρόνιες ασθένειες ή τις συνέπειες του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό για την Υγεία, οι κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία τον 21^ο αιώνα είναι η οικονομική κρίση που είναι ορατή σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η άμβλυνση των ανισοτήτων, ο γηράσκων πληθυσμός και τα αυξανόμενα επίπεδα χρόνιων ασθενειών. Επιπρόσθετα, στις συγκεκριμένες προκλήσεις που έχουν άμεση σχέση με την οικονομία και την υγεία, προστίθενται σύγχρονα ζητήματα όπως η μετανάστευση, η αστικοποίηση, οι περιβαλλοντικές καταστροφές και η κλιματική αλλαγή (World Health Organization, 2018).

Η πολιτική της ΕΕ για το διάστημα 2016-2020, στον τομέα της δημόσιας υγείας αφορά κυρίως τα κίνητρα και τις δράσεις συνεργασίας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διαδραματίζει σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο με την παροχή κατευθυντήριων γραμμών και εργαλείων για την προώθηση της συνεργασίας και τη στήριξη των εθνικών συστημάτων ώστε να λειτουργούν αποτελεσματικότερα. Οι δράσεις εστιάζονται στους εξής στόχους:

- Επίτευξη καλύτερης σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας
- Ανταγωνιστικότητα και ταυτόχρονα ασφάλεια

2. Η Πολιτική Υγείας στην Ευρώπη

- Αντιμετώπιση νεοεμφανιζόμενων παγκόσμιων απειλών, όπως η μικροβιακή αντοχή
- Χάραξη πολιτικής βάσει στοιχείων
- Αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου των μη μεταδοτικών ασθενειών
- Προώθηση του εμβολιασμού.

2.2 Η Πολιτική Υγείας στην Ευρώπη σήμερα

Η «Υγεία 2020» (Health 2020), είναι το πιο πρόσφατο ευρωπαϊκό πλαίσιο πολιτικής για την υγεία. Στόχος του είναι να υποστηρίξει τη δράση σε όλες τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες ώστε *«να βελτιωθεί σημαντικά η υγεία και η ευημερία των πληθυσμών, να μειωθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας, να ενισχυθεί η δημόσια υγεία και να υπάρξουν κεντρικά συστήματα υγείας καθολικά, δίκαια, βιώσιμα και υψηλής ποιότητας»*. Η συγκεκριμένη πολιτική επικεντρώνεται στην επένδυση στην υγεία και στη δημιουργία κοινωνιών όπου η υγεία εκτιμάται. Αναφέρει λεπτομερώς τους τρόπους με τους οποίους όλα τα οφέλη για την υγεία λειτουργούν θετικά στην κοινωνία. Η καλή υγεία είναι ζωτικής σημασίας για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και στηρίζει την οικονομική ανάκαμψη. Παρέχει στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής όραμα, στρατηγική, προτεραιότητες και προτάσεις σχετικά με το τι λειτουργεί για τη βελτίωση της υγείας, την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και τη διασφάλιση της υγείας των μελλοντικών γενεών.

Η «Υγεία 2020» είναι προϊόν διεξοδικής διετούς διαβούλευσης και εγκρίθηκε από τα 53 κράτη μέλη κατά την εξηκοστή δεύτερη σύνοδο της Περιφερειακής Επιτροπής για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τον Σεπτέμβριο του 2012.

Η πολιτική υγείας της ΕΕ, η οποία υλοποιείται μέσω της στρατηγικής για την υγεία, εστιάζει στην πρόληψη, ιδίως μέσω της προαγωγής πιο υγιεινών τρόπων ζωής. Επίσης, προάγει τις ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους ανεξάρτητα από εισόδημα, φύλο, εθνοτική καταγωγή. Ακόμη, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην αντιμετώπιση σοβαρών απειλών κατά της υγείας που αφορούν περισσότερες από μία χώρες της ΕΕ. Τέλος, υπάρχει ειδική μέριμνα για την υγεία των ηλικιωμένων και για την προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών.

Επίσης, οι πολιτικές και δράσεις της ΕΕ στον τομέα της δημόσιας υγείας στοχεύουν στην προστασία και βελτίωση της υγείας των πολιτών της ΕΕ, στη στήριξη του εκσυγχρονισμού των υποδομών υγείας και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας.

Τα θεσμικά όργανα της ΕΕ, τα κράτη μέλη, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές και άλλοι ενδιαφερόμενοι φορείς συμβάλλουν στην εφαρμογή της στρατηγικής για την υγεία. Σχετικά με το ρόλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, επικεντρώνεται στην ενίσχυση των προσπαθειών των χωρών της ΕΕ για προστασία και βελτίωση της υγείας των πολιτών τους και σε διευκόλυνση της πρόσβασης σε αποτελεσματικά και ανθεκτικά

συστήματα υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της υποβολής νομοθετικών προτάσεων, της παροχής χρηματοδοτικής στήριξης, του συντονισμού και της διευκόλυνσης της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των χωρών της ΕΕ και των εμπειρογνομόνων του τομέα της υγείας.

Η ΕΕ πρέπει να διασφαλίσει την προστασία της ανθρώπινης υγείας σε όλους τους τομείς πολιτικής και να εξασφαλίσει τη συνεργασία των χωρών για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας και την εξάλειψη πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Σχετικά με τις ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις για την υγεία ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το «Πρόγραμμα για την Υγεία». Το Πρόγραμμα για την Υγεία (Health Programme), είναι ένα χρηματοδοτικό εργαλείο για τη στήριξη της συνεργασίας μεταξύ των χωρών της ΕΕ και τη στήριξη και ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της ΕΕ στον τομέα της υγείας. Οι όροι του προγράμματος για την υγεία καθορίζονται από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο για μια περίοδο αρκετών ετών. Το τρίτο Πρόγραμμα για την Υγεία για τη χρονική περίοδο 2014-2020 (3rd Health Programme 2014-2020), έχει προϋπολογισμό 449,4 εκατ. Ευρώ και εξυπηρετεί τέσσερις ειδικούς στόχους (European Commission, 2014):

- Προώθηση της υγείας, πρόληψη των ασθενειών και ενθάρρυνση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.
- Προστασία των πολιτών της ΕΕ από σοβαρές διασυνοριακές απειλές για την υγεία.
- Συμβολή σε καινοτόμα, αποτελεσματικά και βιώσιμα συστήματα υγείας.
- Διευκόλυνση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας και ασφαλούς υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες της ΕΕ.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι σύμφωνο με τους στόχους της συνολικής στρατηγικής «Ευρώπη 2020» που στοχεύει να καταστήσει την ΕΕ μια έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς οικονομία που προωθεί την ανάπτυξη για όλους - μία προϋπόθεση η οποία είναι η καλή υγεία. Το πρόγραμμα επικεντρώνεται σε σημαντικές προτεραιότητες της Επιτροπής, όπως:

2. Η Πολιτική Υγείας στην Ευρώπη

- Εργασία, ανάπτυξη και επένδυση (υγεία του πληθυσμού και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ως παραγωγικός παράγοντας για την ανάπτυξη και την απασχόληση).
- Εσωτερική αγορά (για τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και την αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας).
- Ενιαία ψηφιακή αγορά (συμπεριλαμβανομένης της eHealth).
- Δικαιοσύνη και θεμελιώδη δικαιώματα (καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας).
- Πολιτική μετανάστευσης.
- Ασφάλεια (ετοιμότητα και διαχείριση σοβαρών διασυνοριακών απειλών για την υγεία).

Τα δύο προηγούμενα προγράμματα για την υγεία «1st EU Health Programme 2003-2007» και το «2nd EU Health Programme 2008-2013» παρήγαγαν γνώσεις και στοιχεία τα οποία χρησίμευσαν ως βάση για τη χάραξη πολιτικής και περαιτέρω έρευνας. Συνέβαλλαν στην εύρεση βέλτιστων πρακτικών, εργαλείων και μεθοδολογιών που εξασφάλιζαν οφέλη τόσο για τους ειδικούς της δημόσιας υγείας όσο και τους πολίτες άμεσα (European Commission, 2018).

Τέλος, επειδή ο τομέας της υγείας έχει αναγνωριστεί ως ιδιαίτερα σημαντικός για τη περιφερειακή ανάπτυξη και ανταγωνιστικότητα, υποστηρίζεται από την Πολιτική Συνοχής της ΕΕ. Έτσι ο τομέας της υγείας χρηματοδοτείται από τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά Ταμεία. Συγκεκριμένα, οι υποδομές, ο εξοπλισμός στον τομέα της υγείας, τα συστήματα eHealth, η έρευνα και η υποστήριξη των μικρομεσαίων επιχειρήσεων χρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης. Επίσης, οι ενέργειες που συνδέονται με την γήρανση, την προώθηση της υγείας, την αντιμετώπιση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, τη στήριξη του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας και την ενίσχυση των ικανοτήτων δημόσιας διοίκησης χρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (European Commission, 2018).

2.3 Χωρικός σχεδιασμός και δημόσια υγεία

Προκειμένου να αποσαφηνιστεί η συσχέτιση μεταξύ του χωρικού σχεδιασμού και της δημόσιας υγείας, είναι απαραίτητο να περιγραφούν οι δύο έννοιες και να αναφερθούν οι συνιστώσες τους.

Αρχικά, ως δημόσια υγεία ορίζεται σύμφωνα με τον Acheson (1988), *«η τέχνη και η επιστήμη της πρόληψης των ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας»* (WHO,2012, p. 2). Επίσης, ως σύστημα υγείας ορίζεται *«το σύνολο όλων των δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, ιδρυμάτων και των πόρων που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας, καθώς και οι δραστηριότητες που επηρεάζουν τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες της υγείας»* (WHO,2008, p. 1).

Όπως αναλύθηκε και στην Ενότητα 2.2, γενικό όραμα για τις ευρωπαϊκές χώρες είναι να προωθηθεί η υγεία και η ευημερία με βιώσιμο τρόπο, ενισχύοντας παράλληλα τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες δημόσιας υγείας και μειώνοντας τις ανισότητες. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό το όραμα, απαιτείται η εφαρμογή διατομεακών χωρικών στρατηγικών που έχουν ως προτεραιότητα την ποιότητα ζωής.

Ο ολοκληρωμένος χωρικός σχεδιασμός είναι μια κοινή φιλοδοξία για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τις κυβερνήσεις ανά τον κόσμο. Η διαμόρφωση του χωρικού σχεδιασμού επηρεάζεται από τους θύνοντες άσκησης πολιτικής, από τις διαδικασίες που επιλέγονται και το πολιτικό, θεσμικό πλαίσιο. Ο χωρικός σχεδιασμός θέτει ως προτεραιότητα τις ιδιαίτερες προκλήσεις και ανάγκες κάθε χωρικής ενότητας καθώς αποτελεί μία κοινωνική πρακτική, η οποία αποσκοπεί στην ισόρροπη ανάπτυξη του χώρου. Ο χωρικός σχεδιασμός επικεντρώνεται σε ζητήματα υποδομών, χρήσεων γης, μεταφορών, φυσικών πόρων, ενέργειας, μόλυνσης-ρύπανσης. Οι επιμέρους θεματικές ενότητες του χωρικού σχεδιασμού επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου και έχουν άμεση συνάφεια με τη δημόσια υγεία (Γιαννακού, 2007).

Δεδομένου του πολύπλοκου χαρακτήρα του σχεδιασμού, απαιτούνται ολοκληρωμένες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής. Ωστόσο η σύνδεση μεταξύ του χωρικού σχεδιασμού και της δημόσιας υγείας λειτουργεί και αντίστροφα καθώς τα χαμηλά επίπεδα ποιοτικής ζωής οδηγούν σε διαφορετικές ανάγκες χωρικού σχεδιασμού και λειτουργούν ως πρόκληση για τη δημιουργία εύστοχων επιλογών σχετικά με τις υποδομές. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι δημιουργώντας υγιείς περιοχές μέσω του ολοκληρωμένου σχεδιασμού είναι πιθανό

να παραχθούν θετικά αποτελέσματα και σε άλλους τομείς όπως η οικονομία και το περιβάλλον (McDaid & Suhrccke, 2012)

Άλλωστε, οι περιβαλλοντικές συνθήκες και η ανθρώπινη υγεία ήταν πάντα στενά συνδεδεμένες ως έννοιες και επιδιώξεις. Η κοινότητα της δημόσιας υγείας είναι επιφορτισμένη με την ευθύνη για τη διασφάλιση των συνθηκών υπό τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να είναι υγιείς. Είναι ένα καθήκον που απαιτεί την ενσωμάτωση της δημόσιας υγείας και της περιβαλλοντικής βιωσιμότητας σε μια κοινή ατζέντα, με συνεργασίες που συνδέουν τις διαφορετικές συνιστώσες του χωρικού σχεδιασμού. Σύμφωνα με την επισκόπηση της βιβλιογραφίας τόσο η δημόσια υγεία όσο και το περιβάλλον επηρεάζονται από κάποιους κοινούς κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι το οικονομικό σύστημα, το δομημένο περιβάλλον, οι συνθήκες εργασίας και ο τρόπος ζωής (Graham & White, 2016).

Το περιβάλλον στο οποίο ζουν οι άνθρωποι έχει βαθύ αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία. Εκτός από τα άμεσα οφέλη για την υγεία, ο χωρικός σχεδιασμός μπορεί να έχει αντίκτυπο στην συμπεριφορά και στην αντίληψη των ανθρώπων. Για παράδειγμα, η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης μπορεί να βελτιώσει τις αντιλήψεις για την ασφάλεια και να ευνοηθεί η φυσική δραστηριότητα και η κοινωνική αλληλεπίδραση. Επίσης, όσον αφορά τις υποδομές, αυτές αποτελούν τη βάση για την παροχή και την αξιολόγηση ενός ευρέος φάσματος βασικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Οι υποδομές υγείας είναι ένας βασικός παράγοντας που καθορίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου, ωστόσο αυτές δε μπορούν να λειτουργήσουν μεμονωμένα και ανεξάρτητα από άλλα δίκτυα. Διαφορετικά είδη υποδομών στην καθημερινότητα τα οποία έχουν άμεση συνάφεια με τη δημόσια υγεία, είναι τα ηλεκτρικά δίκτυα, τα δίκτυα τηλεπικοινωνιών, τα δίκτυα ενέργειας, τα δίκτυα ύδρευσης και τα δίκτυα μεταφορών. Οι υποδομές επιτρέπουν στους υπεύθυνους για τη δημόσια υγεία να ανταποκρίνονται στα τρέχοντα προβλήματα υγείας, όπως οι χρόνιες ασθένειες, και να προετοιμάζονται και να ανταποκρίνονται σε επείγουσες απειλές για την υγεία, όπως φυσικές καταστροφές και επιδημίες. Χωρίς ισχυρές υποδομές που στηρίζουν τη δημόσια υγεία, τα θανατηφόρα κρούσματα της εκάστοτε νόσου μπορούν να γίνουν ακόμα πιο θανατηφόρα. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της επιδημίας Ebola του 2014 στη Δυτική Αφρική, η κακή παρακολούθηση των ασθενειών, η έλλειψη εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας και η έλλειψη κατάλληλης επικοινωνίας συνέβαλαν στην ευρεία μετάδοση του ιού Ebola (Connolly, 2017).

Ακόμη, η διαχείριση των φυσικών πόρων έχει άμεσες συνέπειες στην δημόσια υγεία καθώς σχετίζεται με την ποιότητα του αέρα, των υδάτων και του εδάφους. Η δημόσια υγεία εξαρτάται άμεσα από τις στρατηγικές που εφαρμόζονται για τους φυσικούς πόρους καθώς επηρεάζεται η διαγενεαλογική επάρκειά τους. Η βιωσιμότητα, η οποία αποτελεί μία γενικευμένη έννοια αποτελεί πλέον το επίκεντρο της στρατηγικής διαχείρισης των φυσικών πόρων. Το 2015 η συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών και τα 193 κράτη μέλη υπερψήφισαν τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης, οι οποίοι θέτουν τις βάσεις για ευημερία και ανάπτυξη σε κοινωνικό, οικονομικό και περιβαλλοντικό επίπεδο σε όλο τον πλανήτη μέχρι το έτος 2030. Οι στόχοι προσανατολίζονται στο πνεύμα της εταιρικής σχέσης με σκοπό τη βελτίωση της ζωής, με βιώσιμο τρόπο, για τις μελλοντικές γενιές. Παρέχουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για όλες τις χώρες οι οποίες θα προσαρμοστούν ανάλογα με τις εκάστοτε προτεραιότητες και περιβαλλοντικές προκλήσεις. Οι στόχοι παρέχουν ένα κοινό σχέδιο και πρόγραμμα για την αντιμετώπιση πιεστικών προκλήσεων που αντιμετωπίζει ο κόσμος μας, όπως η φτώχεια, η κλιματική αλλαγή και η ποιότητα ζωής (United Nations, 2015). Η δημόσια υγεία αποτελεί επίκεντρο των στόχων, οι οποίοι έχουν κυρίως ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα.

Συμπερασματικά, τόσο οι πολιτικές χωρικού σχεδιασμού όσο και η πολιτικές δημόσιας υγείας, εμφανίζουν διαχρονικά κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία δικαιολογούνται από την άμεση συνάφειά τους. Η επιδίωξη για μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των ατόμων διαφορετικών χωρικών ενοτήτων ή ακόμη και των ίδιων αποτελεί εφελτήριο για την εξέλιξη των συγκεκριμένων πολιτικών και για τη συνεργασία μεταξύ των ιθύνοντων. Ο χωρικός σχεδιασμός διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος και επηρεάζει καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Αν και οι δεσμοί μεταξύ περιβάλλοντος και υγείας έχουν διαπιστωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχουν, σε ορισμένες περιπτώσεις, ανεπαρκή στοιχεία για να διαπιστωθεί η αιτιότητα. Παρ'όλα αυτά, η σημασία και η επιρροή του χωρικού σχεδιασμού στην υγεία είναι δεδομένες. Η επικοινωνία μεταξύ των σχεδιαστών του χώρου και των ειδικών για τη δημόσια υγεία είναι απαραίτητη. Με την ενσωμάτωση των αναγκών υγείας στον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των έργων υποδομής, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής είναι σε θέση να ενεργοποιήσουν την ανάπτυξη βιώσιμων κοινοτήτων (Public Health England, 2017).

3.ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

3.1 Το αναπτυξιακό χάσμα μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Κέντρου (Βορράς-Δύση) και της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας (Νότος-Ανατολή)

Οι ανισότητες που εμφανίζονται μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σχετίζονται άμεσα με την πορεία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Οι συνεχείς διευρύνσεις της Ένωσης σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε χώρας οδήγησαν στην συνύπαρξη γεωγραφικών ενοτήτων με διαφορετική οικονομική δυναμική και ανομοιόμορφα δομικά χαρακτηριστικά. Οι ανισότητες αποτελούν ένα δυναμικό φαινόμενο στο χρόνο, το οποίο εντάθηκε από την ενσωμάτωση χωρών με ακραία χαρακτηριστικά, τα οποία επηρέασαν έντονα τις πολιτικές της ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι χώρες που ενσωματώθηκαν, σε πολλές περιπτώσεις, χαρακτηρίζονταν από μεγέθη ανάπτυξης πολύ μικρότερα από το μέσο όρο των χωρών που συγκροτούσαν ήδη την Ένωση (Πολύζος,2011). Συνεπώς ο χώρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης δε μπορεί να θεωρηθεί ομοιογενής ούτε ως προς τα χαρακτηριστικά του, ούτε ως προς τις αναπτυξιακές προοπτικές των διαφορετικών περιοχών.

Για πολλές δεκαετίες οι οικονομολόγοι δεν είχαν συμπεριλάβει στις θεωρίες ανάπτυξης την παράμετρο του χώρου. Αυτό οδήγησε στη μονοδιάσταση εξήγηση και ανάλυση πολλών οικονομικών φαινομένων. Ο οικονομολόγος που έδωσε βαρύτητα στην έννοια του χώρου για την εξήγηση των φαινομένων, είναι ο Paul Krugman, που θεωρείται θεμελιωτής της Νέας Οικονομικής Γεωγραφίας Συνθέτοντας παλαιότερες θεωρίες, έκανε σαφή διάκριση των περιοχών σε αυτές που ανήκουν στον πυρήνα, στις οποίες κατά κύριο λόγο συσσωρεύονται οι οικονομικές δραστηριότητες και στις περιφερειακές, πιο απομακρυσμένες από το κέντρο περιοχές, οι οποίες βρίσκονται συνήθως σε μειονεκτική θέση (Βαφειάδου,2017). Αντίστοιχο φαινόμενο εντοπίζεται λοιπόν εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθιστώντας απαραίτητη την περιφερειακή πολιτική προκειμένου να εξαλειφθούν οι ανισότητες και να αντιμετωπιστεί ο διαχωρισμός των χωρών. Στην συνέχεια θα παρουσιαστούν οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, όπως εμφανίζονται από τη γραφική απεικόνιση συγκεκριμένων δεικτών.

Μεταβολή του ΚΚ ΑΕΠ μεταξύ των ετών 2008-2015

Μελετώντας την Μεταβολή του ΚΚ ΑΕΠ από την αρχή της χρηματοπιστωτικής κρίσης το έτος 2008, έως το έτος 2015, παρατηρείται ότι τα οικονομικά μεγέθη των χωρών επηρεάστηκαν με διαφορετικό τρόπο εξαιτίας της αρχικής δυναμικής τους αλλά και εξαιτίας των πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην εκάστοτε περίπτωση. Κατά μέσο όρο,

3. *Ανισότητες στην Υγεία και στην Ανάπτυξη στην Ευρώπη*

το κατά κεφαλήν ΑΕΠ μειώθηκε σε πολλές από τις περιφέρειες μεταξύ του 2008 και του 2015 σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ (Παράρτημα Εικόνα 1).

Πληθυσμός ηλικίας 15-24 ετών που βρίσκεται εκτός απασχόλησης, εκπαίδευσης ή κατάρτισης, 2016

Αν και σημειώθηκε κάποια πρόοδος προς την κατεύθυνση των στόχων της στρατηγικής «Ευρώπη 2020», σχετικά με την καταπολέμηση της ανεργίας, ο ρυθμός προόδου δεν επαρκεί για την επίτευξη των εν λόγω στόχων έως το έτος 2020. Όπως απεικονίζεται στην Εικόνα 2 (Παράρτημα Εικόνα 2), τα ποσοστά ανεργίας είναι υψηλότερα στις νοτιοανατολικές περιφέρειες συγκριτικά με τις βορειοδυτικές.

Επιδόσεις των περιφερειών ως προς την καινοτομία (2017)

Κατά την προγραμματική περίοδο 2014-2020, η καινοτομία βρίσκεται στο επίκεντρο των πολιτικών με στόχο την ενίσχυση των διαφορετικών χωρικών ενοτήτων. Σύμφωνα με το χάρτη (Παράρτημα Εικόνα 3), η καινοτομία συγκεντρώνεται σε περιορισμένες περιφέρειες το έτος 2017. Στα βορειοδυτικά κράτη-μέλη, οι καλές διαπεριφερειακές συνδέσεις, το εργατικό δυναμικό υψηλής ειδίκευσης και το ελκυστικό επιχειρηματικό περιβάλλον, έχουν επιτρέψει στις γειτονικές περιοχές να επωφεληθούν από την εγγύτητά τους με τις περιφέρειες που είναι πρωτοπόρες σε θέματα καινοτομίας. Στα νότια και ανατολικά κράτη-μέλη, οι επιδόσεις ως προς την καινοτομία είναι πιο χαμηλές και οι περιφέρειες που βρίσκονται κοντά σε κέντρα καινοτομίας (κυρίως στις πρωτεύουσες) δεν επωφελούνται από την εγγύτητά τους (Crescenzi & Rodríguez-Pose, 2012). Από τα συγκεκριμένα κράτη απουσιάζουν πολιτικές που συνδέουν τις επιχειρήσεις, τα ερευνητικά κέντρα και τις εξειδικευμένες επιχειρηματικές υπηρεσίες στο σύνολο των περιφερειών. Θεωρώντας δεδομένη τη συμβολή της καινοτομίας στην ισχυροποίηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη, κρίνεται απαραίτητη η αύξηση των επενδύσεων στην κατεύθυνση της καινοτομίας.

Ευρωπαϊκός δείκτης ποιότητας της διακυβέρνησης, 2017

Η χαμηλή ποιότητα διακυβέρνησης παρακωλύει την οικονομική ανάπτυξη και μειώνει τον αντίκτυπο των δημόσιων επενδύσεων, συμπεριλαμβανομένων αυτών που συγχρηματοδοτούνται από την πολιτική συνοχής. Η κυβερνητική αποτελεσματικότητα διαφέρει μεταξύ των κρατών μελών, όπως φαίνεται και από την Εικόνα 4 (Παράρτημα Εικόνα 4). Ειδικότερα στις βορειοδυτικές περιοχές είναι σημαντικά βελτιωμένος

3. *Ανισότητες στην Υγεία και στην Ανάπτυξη στην Ευρώπη*

συγκριτικά με τις νοτιοανατολικές (Dellmuth, Stoffel, & Schraff,2014).. Ο δείκτης διακυβέρνησης λαμβάνει υπόψη τις εξής παραμέτρους:

- Λαϊκή κυριαρχία
- Πολιτική σταθερότητα και απουσία της βίας
- Αποτελεσματικότητα κυβέρνησης
- Ποιότητα θεσμικού πλαισίου
- Κράτος δικαίου
- Έλεγχος διαφθοράς

Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που βελτιώνουν τον ανταγωνισμό, το επιχειρηματικό περιβάλλον, την εκπαίδευση και τις δεξιότητες και τα συστήματα κοινωνικής προστασίας μπορούν να έχουν πολύ σημαντικά οφέλη όσον αφορά την παραγωγικότητα και την αύξηση της απασχόλησης Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τις περιφέρειες και τις χώρες όπου η παραγωγικότητα έχει βελτιωθεί ελάχιστα κατά την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο, οι μεταρρυθμίσεις που απαιτούν κατά κύριο λόγο κανονιστικές και διοικητικές μεταβολές χωρίς επενδύσεις δεν συνδέονται σήμερα με την πολιτική συνοχής αλλά στηρίζονται περισσότερο σε μεταρρυθμίσεις τοπικού και εθνικού επιπέδου. Επίσης ιδιαίτερη σημασία έχουν θέματα απαλοιφής της διαφθοράς σε χώρες που είναι πιο συχνές τέτοιες περιπτώσεις. Απαιτούνται συνεπώς μεταρρυθμίσεις για τη μείωση των κανονιστικών εμποδίων, τη βελτίωση της λειτουργίας της αγοράς εργασίας και την ενίσχυση της διαφάνειας στις επιχειρηματικές δραστηριότητες (Buchanan, Le & Rishi,2012).

Όπως προκύπτει από την ανάλυση που προηγήθηκε, πράγματι εμφανίζονται διαφορετικοί ρυθμοί ανάπτυξης μεταξύ Βορρά-Δύσης και Νότου-Ανατολής, οι οποίες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό κι από τον τρόπο εφαρμογής των εθνικών και ευρωπαϊκών πολιτικών (Kotios, Saratsis & Galanos, 2010). Όπως προαναφέρθηκε η έννοια του χώρου, έχει ιδιαίτερη σημασία στη μελέτη των ανισοτήτων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς εμφανίζονται τάσεις σύγκλισης μεταξύ των χωρών όσον αφορά τα οικονομικά ή δομικά τους χαρακτηριστικά. Ωστόσο, το χάσμα που ως αποτέλεσμα δημιουργείται, αναδεικνύει τις αδυναμίες του ευρωπαϊκού οικοδομήματος.

3.2 Αδυναμίες του Ευρωπαϊκού οικοδομήματος

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αντιμετωπίζει προβλήματα διχασμού εξαιτίας των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων. Στους στόχους της Ευρωπαϊκής Ένωσης εντάσσεται η επιδίωξη οικονομικής και κοινωνικής συνοχής, στόχος ο οποίος δυσχεραίνεται από το πρόβλημα ανισοτήτων που προαναφέρθηκε. Η συνοχή θεωρείται ως βασική κινητήρια δύναμη για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων και της διαμόρφωσης κοινών συμφερόντων σε επίπεδο ένωσης. Η ισορροπημένη και βιώσιμη ανάπτυξη μεταξύ των χωρών, δεν αποσκοπεί μόνο στη διαμόρφωση υψηλών οικονομικών μεγεθών, όπως το ΚΚ ΑΕΠ, αλλά και στην διαμόρφωση κοινά αναβαθμισμένων δεικτών ποιότητας ζωής σε όλες τις χώρες (Rodriguez-Pose & Tselios, 2015).

Σημαντικό πρόβλημα ωστόσο είναι η μερική επίτευξη συνοχής, αν λάβουμε υπόψη το διαχωρισμό Βορρά-Νότου και Ανατολής-Δύσης. Οι θύλακες ανάπτυξης που διαμορφώνονται εντός της Ευρώπης οδηγούν στην απουσία ενός ενιαίου συνόλου με κοινές επιδιώξεις με αποτέλεσμα οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης να μην έχουν το θεμιτό αντίκτυπο σε όλες τις χώρες. Παρά την δημιουργία πολιτικών σύμφωνα με το επίπεδο ανάπτυξης κάθε χώρας υπάρχουν ακόμη αμφιβολίες σχετικά με την επιτυχία των συγκεκριμένων πολιτικών. Ωστόσο, από την πολιτική συνοχής της Ευρωπαϊκής Ένωσης και γενικότερα από το σύνολο των πολιτικών της, απουσιάζει η ουσιαστική διάγνωση των αιτιών που οδηγούν σε αναπτυξιακό χάσμα εντός της Ευρώπης. Είναι γεγονός ότι τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαθέτουν διαφορετικά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά τα οποία σχετίζονται με την ιστορική τους εξέλιξη, την εθνική τους πολιτική και τη γεωγραφική τους θέση (Becker, et al, 2010). Δεν είναι θεμιτή λοιπόν η εφαρμογή ίδιων πολιτικών αξιολογώντας μόνο οικονομικά μεγέθη, όπως γίνεται σε πολλές περιπτώσεις, αντιθέτως πρέπει να γίνει σαφές ότι όλα τα

προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο ακόμα κι αν έχουν την ίδια έκφραση. Η αστοχία ορισμένων πολιτικών, η οποία προέρχεται κυρίως από την καθολική αντιμετώπιση προβλημάτων και τη μερική αξιολόγηση των αιτιών, καταδεικνύει την αδυναμία του ευρωπαϊκού οικοδομήματος σε επίπεδο άσκησης πολιτικής (Keating,2017). Απουσιάζει η εμβάθυνση στην αναζήτηση των λόγων διαφοροποίησης και σε πολλές περιπτώσεις υστέρησης. Η αποτυχία των πολιτικών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αντιμετώπιση των προβλημάτων μέσω προσωρινών λύσεων, όπως είναι τα έργα υποδομής, αγνοώντας την αναγκαιότητα για δραστικές λύσεις οι οποίες συχνά έχουν τη μορφή δράσεων. Μέχρι σήμερα επικρατεί η αντίληψη που συνδέει την ανάπτυξη με έργα υποδομής αγνοώντας άλλες παραμέτρους, όπως είναι η βελτίωση των στρατηγικών που εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο και θέματα διαφάνειας. Οι συγκεκριμένοι παράμετροι συνδέονται με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού, με θέματα πολιτικής και γενικότερα θεσμικού περιεχομένου για κάθε χώρα. Συνεπώς η αδυναμία των ευρωπαϊκών πολιτικών αποτυπώνεται μέσω της μειωμένης ανταγωνιστικότητας ορισμένων χωρών και αποδίδεται σε λανθασμένες κινήσεις σε επίπεδο στρατηγικής (Ζήκου & Παπανικολάου,2013).

Οι πιο αναπτυγμένες χώρες υποστηρίζουν ότι οι πολιτικές στοχεύουν στην «εύνοια των αδυνάτων» και οι λιγότερο αναπτυγμένες χώρες υποστηρίζουν ότι «οι ισχυροί γίνονται ισχυρότεροι». Όπως αναδεικνύεται κι από την χρήση των όρων «ισχυροί» και «αδύναμοι» ο κατακερματισμός του ευρωπαϊκού χώρου σε ομάδες χωρών με διαφορετική δυναμική, καθιστά την Ευρώπη μία ένωση αντιθέσεων με περιορισμένες προοπτικές ως προς την ολοκλήρωσή της (Κατσάνης,2015). Οι συνεχείς διευρύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενίσχυσαν την ποικιλομορφία των χωρών, εγείροντας θεμελιώδη ερωτήματα σχετικά με την ικανότητα της να απορροφήσει τα εν λόγω κράτη. Υπάρχει η αμφιβολία για την στρατηγική που έχει ακολουθηθεί στην εξέλιξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς παρατηρείται διαχρονικά η είσοδος χωρών, τα χαρακτηριστικά των οποίων δε θα μπορούσαν να συμβαδίσουν με τα αρχικά κράτη-μέλη. Συγκεκριμένα πρόκειται για χώρες με υψηλούς δείκτες διαφθοράς, χαρακτηριστικό το οποίο είναι αντιδιαμετρικά αντίθετο με την φιλοσοφία και τους στόχους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συνεπώς μπορεί να στηριχθεί η άποψη ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω των στρατηγικών που εφαρμόζονται και των πολιτικών που διαμορφώθηκαν δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στην εδαφική εξάπλωση της ένωσης και λιγότερο στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των κατοίκων (Πετράκος & Ψυχάρης,2004).

Αφενός, η κοινωνικοοικονομική διαφοροποίηση μέσα σε μια χώρα δίνει ώθηση στην ανάπτυξη των φτωχότερων, ωστόσο σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών, οδηγούν στη γενικότερη μείωση των ρυθμών ανάπτυξης ολόκληρης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Börzel & Risse, 2018). Η διαφοροποίηση της ανάπτυξης μεταξύ των χωρών μπορεί μέχρι ένα βαθμό να αποτελέσει κίνητρο ενίσχυσης και ενεργοποίησης των πιο αδύναμων οικονομικά, ωστόσο από ένα επίπεδο και μετά οι συγκεκριμένες διαφοροποιήσεις επιφέρουν δυσμενή αποτελέσματα στους ρυθμούς ανάπτυξης του συνόλου. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η πορεία προς την Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση είναι μονόδρομος, ωστόσο η μείωση της συνοχής στον ευρωπαϊκό χώρο και οι τάσεις πόλωσης, καθιστούν το ευρωπαϊκό οικοδόμημα επισφαλές και το εγχείρημα της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης ουτοπική επιδίωξη. Τα βήματα που έχουν ολοκληρωθεί στην κατεύθυνση της ολοκλήρωσης, δηλαδή η πολιτική ενιαίας αγοράς και η πολιτική της οικονομικής και νομισματικής ενοποίησης, δεν είναι επαρκείς προϋποθέσεις προκειμένου το ευρωπαϊκό οικοδόμημα να λειτουργεί σε ενιαίους όρους ανάπτυξης με κοινούς στόχους εξέλιξης (Perrucchini¹, & Ito, 2017). Σύμφωνα με τη φιλελεύθερη οικονομική θεώρηση παρότι η οικονομική ολοκλήρωση θεωρείται μία θετική διαδικασία, το κόστος και τα οφέλη μπορεί να μην κατανέμονται ομοιόμορφα στο χώρο. Αυτό οφείλεται στη ισχύ των δυναμικών που πολώνουν το χώρο και αυξάνουν τις ανισότητες, καθώς κάποιες περιοχές επωφελούνται περισσότερο από άλλες. Ειδικότερα, περιοχές που είχαν ευνοηθεί αρχικά λόγω φυσικού ή επίκτητου πλεονεκτήματος (Βορράς-Δύση) εμφανίζονται πιο ανθεκτικές στις έντονα ανταγωνιστικές συνθήκες της ελεύθερης, ενιαίας αγοράς. Το αντίθετο συμβαίνει σε περιοχές που δεν διέθεταν εξ αρχής μεγάλη δυναμική και οι πόροι τους μετακινούνται στις πιο ανεπτυγμένες περιφέρειες (Νότος-Ανατολή) .

Ακόμη, τίθεται το ζήτημα κατά πόσο η πολιτικές που εφαρμόζονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο, επιδιώκουν τη βελτίωση της ευημερίας των ανθρώπων στις προβληματικές περιοχές ή την ευημερία των ίδιων των περιοχών. Εφόσον, παρατηρείται έξοδος ανθρώπινου δυναμικού από τις λιγότερο αναπτυγμένες προς τις ισχυρότερες περιοχές, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι οι ανισότητες εντείνονται καθιστώντας κάποιες χώρες ελκυστικότερες έναντι άλλων (Σκαρτσιούνης, 2017). Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιας περίπτωσης εντός της Ευρώπης, είναι το φαινόμενο “brain drain”, το οποίο οδηγεί σε αποδυνάμωση των πιο αδύναμων περιοχών εξαιτίας της εξόδου του εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού, προς ισχυρότερες περιοχές. Συνεπώς εμφανίζεται αδυναμία ενίσχυσης των πιο αδύναμων περιοχών μέσω της δημιουργίας

ευνοϊκών συνθηκών για την εξέλιξή τους, δημιουργώντας αμφιβολίες για την επιτυχία της ένωσης σε όρους ισότητας μεταξύ των χωρών. Εφόσον οι πολιτικές που εφαρμόζονται έχουν διφορούμενα αποτελέσματα αποδεικνύεται η αναγκαιότητα αλλαγής των στρατηγικών που εφαρμόζονται ώστε οι κάτοικοι όλων των χωρών να έχουν ίσες ευκαιρίες στην ανάπτυξη. Άλλωστε η μερική ενίσχυση κάποιων χωρών μακροχρόνια θα οδηγήσει σε εθνική αποδυνάμωση των πιο αδύναμων, δημιουργώντας δυσμενή αποτελέσματα σε όλη την έκταση της Ευρώπης, μέσω της δημιουργίας περιοχών με προβλήματα υστέρησης που δε συμβάλλουν επαρκώς στο σύνολο της Ευρωπαϊκής εξέλιξης, μέσω του ανθρώπινου δυναμικού και μέσω των υποδομών (Barca, McCann, & Rodriguez-Pose, 2012).

Το αναπτυξιακό χάσμα μεταξύ Βορρά-Δύσης και Νότου-Ανατολής, καταδεικνύει την αποτυχία των ευρωπαϊκών πολιτικών να μειώσουν τις ανισότητες στην Ευρώπη και να επιτύχουν ίδια επίπεδα ανάπτυξης εντός της Ένωσης. Αντιθέτως, οι χώρες αναπτύσσονται με διαφορετικούς ρυθμούς και διαφορετικούς στόχους, καταρρίπτοντας τις προσπάθειες για μία ενιαία Ευρώπη, στην οποία όλες οι χώρες-μέλη συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ένωσης και επιδιώκουν την ανάπτυξη συνεργασιών. Η πόλωση εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί ίσως το κυριότερο πρόβλημα του ευρωπαϊκού οικοδομήματος καθώς τίθεται το θέμα αμφισβήτησης των κοινών επιδιώξεων και της ίσης δυναμικής των χωρών. Είναι εμφανές ότι οι χώρες διατηρούν τα δομικά χαρακτηριστικά τους τα οποία σχετίζονται με την ιστορική εξέλιξη, την οικονομία, την κοινωνία και τα γεωγραφικά τους στοιχεία, ωστόσο αυτά δε θα πρέπει να υπερτερούν έναντι των επιδιώξεων της ένωσης. Δεν επιδιώκεται η απαλοιφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της εκάστοτε χώρας, ωστόσο εμφανίζεται η αδυναμία του ευρωπαϊκού οικοδομήματος να δημιουργήσει κοινό προσανατολισμό σε όλα τα κράτη-μέλη. Αντιθέτως, φαίνεται ότι οι χώρες ανάλογα με την αρχική αναπτυξιακή δυναμική τους διαχωρίστηκαν σε θύλακες ανάπτυξης με διαφορετικά συμφέροντα κι επιδιώξεις. Συνεπώς εμφανίζεται έντονο το χάσμα όχι μόνο στα πλαίσια της οικονομίας αλλά και στα πλαίσια της ισότητας μεταξύ των χωρών. Ο διαχωρισμός σε ισχυρές και αδύναμες χώρες δυσχεραίνει την επίτευξη των στόχων της ολοκλήρωσης, εξαιτίας της απουσίας κοινού προσανατολισμού (Martin, 2005).

Συμπερασματικά, το αναπτυξιακό χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των χωρών εντός της Ευρώπης, αποτυπώνει τις αδυναμίες του ευρωπαϊκού οικοδομήματος διαχρονικά. Όπως αναλύθηκε, οι αδυναμίες εμφανίζονται αρχικά στις στρατηγικές επιλογές διεύρυνσης, δημιουργώντας τη μορφή της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως είναι σήμερα.

Ακολουθώντας, παρατηρείται η αδυναμία των πολιτικών συνοχής τόσο σε επίπεδο διαμόρφωσης όσο και σε επίπεδο εφαρμογής με κύρια αδυναμία την απουσία κοινού οράματος μεταξύ των χωρών. Η αδυναμία επίτευξης της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, πηγάζει από τις αδυναμίες που αναλύθηκαν και θέτει τη βάση για την αναδιαμόρφωση των πολιτικών (Πετράκος & Rodriguez- Pose, 2002). Η επίτευξη της οικονομικής, κοινωνικής και εδαφικής συνοχής βρίσκεται στο επίκεντρο της Ευρώπης 2020 και αποτελεί βασικό θέμα της «χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης». Ως εκ τούτου, οι πολιτικές περιφερειακής ανάπτυξης και συνοχής πρέπει να εκπληρώνουν το καθήκον τόσο της προώθησης της σταδιακής σύγκλισης του κατά κεφαλήν εισοδήματος, όσο και των κοινωνικών δεικτών, όπως η εκπαίδευση και η υγεία. Πρέπει να δοθεί έμφαση στην απαλοιφή των εθνικών εμποδίων και στη δημιουργία μίας κοινής στρατηγικής ανάπτυξης μεταξύ των χωρών. Τα χρηματοδοτικά εργαλεία δε μπορούν μεμονωμένα να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις συνοχής, ωστόσο η συστηματική ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε χώρας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη οργανωμένων προγραμμάτων συνεργασίας μπορούν να δημιουργήσουν ευνοϊκές συνθήκες ανάπτυξης για το σύνολο των χωρών (Puigcerver-Reñalver, 2007). Ο χωροταξικός σχεδιασμός σε επίπεδο Ευρώπης μπορεί να αποτελέσει την λύση στην αδυναμία συντονισμού των εθνικών πολιτικών. Η μακροοικονομική ισορροπία μεταξύ των χωρών προϋποθέτει την εφαρμογή εθνικών πολιτικών που να είναι σύμφωνες με τις επιδιώξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να μη δυσχεραίνουν το έργο της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.

3.3 Ανισότητες στην υγεία στην Ευρώπη

3.3.1 Οι ανισότητες στην υγεία διαχρονικά

Σύμφωνα με τον Mackenbach (2006), από την αρχή του 21ου αιώνα, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες καταγράφηκαν σημαντικές ανισότητες στην υγεία των πληθυσμών τους. Άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλότερη επαγγελματική τάξη ή και χαμηλότερο επίπεδο εισοδήματος παρατηρήθηκε ότι τείνουν να πεθαίνουν σε νεότερη ηλικία, και να έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης διαφορετικών προβλημάτων υγείας. Αυτό οδηγεί σε πραγματικά τεράστιες διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας εντοπίστηκαν σε όλες τις ευρωπαϊκές περιφέρειες και ακόμα και για τις περιφέρειες για τις οποίες δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, υποστηρίζεται στη βιβλιογραφία ότι κανείς αναμένει με βεβαιότητα παρόμοιες ανισότητες στην υγεία. Οι ανισότητες στην υγεία αντιπροσωπεύουν μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της Ευρώπης για τη δημόσια υγεία.

Σύμφωνα με ιστορικά στοιχεία, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας προϋπήρχαν πριν από τον 19ο αιώνα και δεν αποτελούν ένα πρόσφατο γεγονός, ωστόσο καταγράφηκαν τότε λόγω της παρατήρησης των δεδομένων. Τον 19ο αιώνα μεγάλες προσωπικότητες στη δημόσια υγεία, όπως ο Villermé στη Γαλλία, ο Chadwick στην Αγγλία, και ο Virchow στη Γερμανία, αφιέρωσαν ένα μεγάλο μέρος της επιστημονικής τους εργασία σε αυτό το θέμα. Η ερευνητική τους δραστηριότητα διευκολύνθηκε από τις εθνικές καταγραφές πληθυσμού, οι οποίες επέτρεψαν τον υπολογισμό των ποσοστών θνησιμότητας κατά ανά περιοχή. Για παράδειγμα ο Louis René Villermé (1782-1863), ανέλυσε τις ανισότητες στη θνησιμότητας μεταξύ των «διαμερισμάτων» στο Παρίσι μεταξύ των ετών 1817-1821. Έδειξε ότι οι περιοχές με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως υποδεικνύεται από την αναλογία των κατοικιών για τα οποία δεν επιβλήθηκε φόρος επί του ακινήτου για τα ενοίκια, τείνουν να έχουν συστηματικά υψηλότερες τιμές θνησιμότητας από ό,τι πιο αναβαθμισμένες γειτονίες. Συμπεράνε, ότι η ζωή και ο θάνατος δεν είναι πρωτίστως βιολογικά φαινόμενα, αλλά συνδέονται άμεσα με τις κοινωνικές συνθήκες. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δήλωση του Rudolf Virchow (1821-1902), ότι «Η ιατρική είναι μια κοινωνική επιστήμη, και η πολιτική τίποτα περισσότερο από φάρμακο σε μεγαλύτερη κλίμακα» (Kalediene & Petrauskiene, 2005).

Σύμφωνα με πολλούς επιστήμονες, οι σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία είναι απαράδεκτες και αντιπροσωπεύουν μία από τις μεγαλύτερες

3. *Ανισότητες στην Υγεία και στην Ανάπτυξη στην Ευρώπη*

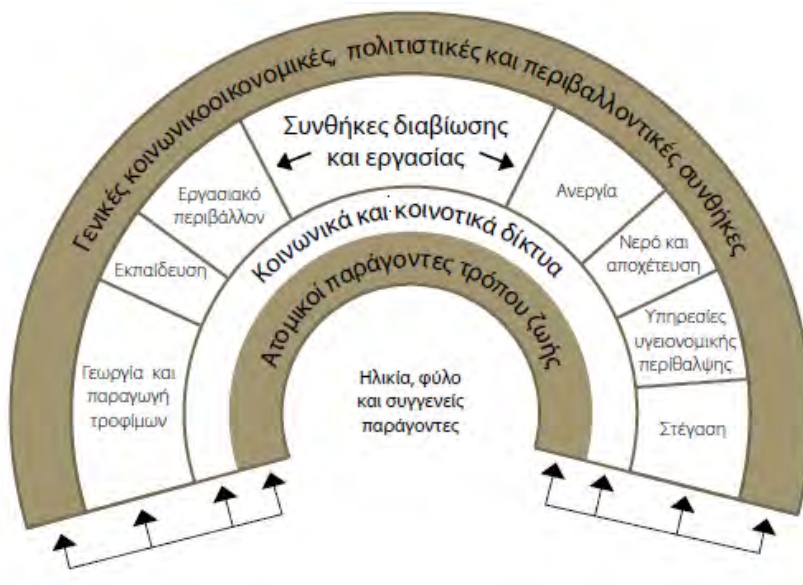
προκλήσεις της Ευρώπης για την δημόσια υγεία. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες σε πολλές περιπτώσεις θεωρούνται αναπόφευκτες, όπως για παράδειγμα οι ανισότητες στο επίπεδο εκπαίδευσης καθώς επηρεάζονται από τα ατομικά κίνητρα του ατόμου, ωστόσο οι ανισότητες στην υγεία πρέπει να αποτελούν κύρια μέριμνα για όλα τα κράτη.

Η παρουσία μεγάλων ανισοτήτων στον τομέα της υγείας σε όλες τις χώρες με διαθέσιμα δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων των χωρών με μακροχρόνια κοινωνική, υγειονομική περίθαλψη και άλλες πολιτικές που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ισότητας στην ευημερία, υπογραμμίζουν το γεγονός ότι αυτές οι ανισότητες προέρχονται από τα συστήματα κοινωνικής στρωματοποίησης των σύγχρονων κοινωνιών. Η επιδίωξη για σημαντική μείωση των ανισοτήτων στην υγεία σε σύντομο χρονικό διάστημα μοιάζει μη ρεαλιστική στην περίπτωση που χρησιμοποιηθούν συμβατικές πολιτικές και παρεμβάσεις. Άλλωστε οι συγκεκριμένες ανισότητες απαιτούν συνδυασμένες πολιτικές οι οποίες θα αντιμετωπίζουν την αιτία του προβλήματος παρέχοντας τη λύση που ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού. (World Health Organization,2012).

3.3.2 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα που επιχειρούν να περιγράψουν τη σχέση μεταξύ των συντελεστών και της υγείας. Το μοντέλο Dahlgren and Whitehead που χρησιμοποιείται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναπαριστά τις αιτίες των ανισοτήτων με τη μορφή «στρώσεων του ουράνιου τόξου». Οι διακυμάνσεις στα επίπεδα υγείας θεωρείται ότι δεν γίνονται τυχαία, αλλά προκύπτουν από τις συστηματικές διαφορές στην κατανομή των παραγόντων που τις επηρεάζουν (Graham,2009).

Εικόνα 1: Το μοντέλο των συντελεστών υγείας των Dahlgren και Whitehead



Πηγή: ΠΟΥ, 2007

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα αναλυθούν οι κατηγορίες των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Όπως προκύπτει από την ανάλυση που ακολουθεί, οι συγκεκριμένοι παράγοντες έχουν άμεση συνάφεια με το σχεδιασμό, όπως αναλύθηκε και στην ενότητα 2.3.

Γενικές κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες: Οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας επηρεάζουν την υγεία μέσω άμεσων ή έμμεσων φυσικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Ο αντίκτυπος ορισμένων παραγόντων γίνεται αισθητός σε πολλές περιπτώσεις μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Η έκθεση σε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία διαφέρει ανάλογα με το πού ζει κάποιος και ποια είναι η επαγγελματική του κατάσταση. Όσον αφορά τη στέγαση, υπάρχουν μερίδες Ευρωπαίων που δεν έχουν πρόσβαση σε τρεχούμενο νερό, σε κατάλληλες

3. *Ανισότητες στην Υγεία και στην Ανάπτυξη στην Ευρώπη*

εγκαταστάσεις υγιεινής, σε οικονομικά προσιτή ενέργεια, σε κεντρική θέρμανση και μόνωση και ζουν συνωστισμένοι σε συνθήκες υγρασίας. Επίσης, τα επαγγέλματα που απαιτούν σωματική κόπωση μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία, όπως άλλωστε και τα χαμηλά επίπεδα ελέγχου της εργασίας, η μη επιβράβευση των προσπαθειών και η έκθεση σε φυσικούς και ψυχικούς κινδύνους στον χώρο εργασίας. Από την άλλη πλευρά, η ορθή διαχείριση, οι κατάλληλες συνθήκες εργασίας και η δημιουργία ισχυρών κοινωνικών δικτύων στην εργασία μπορεί να επιδράσουν θετικά στην υγεία.

Ατομικοί παράγοντες τρόπου ζωής: Συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία όπως η διαίτα, τα επίπεδα φυσικής άσκησης, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Αυτό μπορεί να εξηγήσει εν μέρει τις διαφορές στην ποιότητα της υγείας που παρατηρούνται μεταξύ κοινωνικών ομάδων ή χωρών και περιοχών. Στην πλειονότητά τους, οι μελέτες καταδεικνύουν ότι η ατομική συμπεριφορά ευθύνεται κατά 25–35 % για τις διαφορές στην υγεία των ανθρώπων. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και των κοινωνικοοικονομικών ομάδων όσον αφορά την υγιεινή διατροφή, τον το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τη σωματική άσκηση και τις συνέπειες αυτών των παραγόντων όπως η παχυσαρκία και η κακή υγεία.

Επίσης, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως τα αισθήματα αποκλεισμού και περιθωριοποίησης και η άσκηση ενός απαιτητικού επαγγέλματος με χαμηλές απολαβές μπορούν να συμβάλλουν στην επιδείνωση της υγείας.

3.4 Οικονομική κρίση και συστήματα υγείας

Η οικονομική κρίση επηρεάζει τις εφαρμοζόμενες πολιτικές από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο κάθε χώρα επιλέγει διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης των ιδιαίτερων προκλήσεων που ανακύπτουν. Ο τομέας της υγείας επηρεάζεται από τα δημοσιονομικά μέτρα ωστόσο οι στρατηγικές που εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση διαφέρουν.

3.4.1 Η οικονομική κρίση του έτους 2008, ως Ευρωπαϊκή πρόκληση για το σύστημα υγείας

Οι δύσκολες μακροοικονομικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία των ατόμων. Συχνά, οδηγούν σε αύξηση του άγχους και των επικίνδυνων συμπεριφορών όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα, γεγονός που μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην υγεία και να οδηγήσει σε παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος και τα ατυχήματα. Σε περιπτώσεις μακροχρόνιων οικονομικών κρίσεων τα αποτελέσματα στην υγεία των ατόμων μπορεί να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και αυξημένη επικινδυνότητα. Άλλη συνέπεια της οικονομικής ύφεσης μπορεί να είναι ο αποκλεισμός των κατώτερων κυρίως, κοινωνικοοικονομικών ομάδων σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης. Εάν η πρόσβαση στην περίθαλψη εξαρτάται από τα οικονομικά μέσα που διαθέτει κάποιος ή εάν τα κράτη μέλη περικόψουν τους πόρους που διατίθενται στον τομέα της υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης εξαιτίας της κρίσης, θα μειωθεί τόσο η κάλυψη όσο και η ποιότητα της περίθαλψης (Thomson, et al 2014).

Τα τελευταία έτη εξαιτίας της χρηματοπιστωτικής κρίσης του έτους 2008, πολλές χώρες με άλλοτε ανθηρή οικονομία, αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα που επηρεάζουν την ικανοποίηση των αναγκών που εμφανίζονται και ως επακόλουθο τις πολιτικές ανάπτυξης που εφαρμόζονται στους στρατηγικούς τομείς της οικονομίας τους. Τα οικονομικά προβλήματα που εμφανίζονται σχετίζονται με τη κατάρρευση του τραπεζικού συστήματος, τη στεγαστική «φούσκα», τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, την αυξανόμενη ανισότητα, τις περικοπές κοινωνικής πρόνοιας και την μικρή ανταγωνιστικότητα σε έναν παγκοσμιοποιημένο κόσμο (Lagos, 2013).

Ταυτόχρονα με αυτά τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα εμφανίζονται αυξανόμενες προσπάθειες για περιορισμό των δαπανών σε διάφορους τομείς της κοινωνίας. Η στρατηγική που ακολούθησε κάθε κράτος-μέλος σχετικά με την πολιτική υγείας διαφέρει ανάλογα με τις πολιτικές επιλογές τη δεδομένη χρονική περίοδο και τη διαφορετική δομή του συστήματος υγείας που προϋπήρχε. Επίσης, τα αποτελέσματα

που έχουν επιφέρει οι συγκεκριμένες αλλαγές εκφράστηκαν με διαφορετικό τρόπο σε κάθε χώρα ανάλογα με τη δεδομένη κοινωνικοοικονομική κατάσταση που επικρατούσε.

Πολλές χώρες επέλεξαν αυτόματες μειώσεις στους υποχρεωτικούς φόρους για την ασφάλιση υγείας ως αποτέλεσμα της ανεργίας και των χαμηλών μισθών (Βουλγαρία, Εσθονία, Ουγγαρία, Μαυροβούνιο, Πολωνία, Ρουμανία, Σερβία, Σλοβακία, Σλοβενία και Ελβετία). Επίσης, κάποιες χώρες οδηγήθηκαν σε μείωση του προϋπολογισμού του εκάστοτε υπουργείου υγείας (Βουλγαρία, Κύπρος, Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γεωργία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σερβία, Σλοβενία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο). Επιπρόσθετα, κάποιες χώρες επέλεξαν τη μείωση ή τη διακοπή των κρατικών μεταφορών χρημάτων σε θέματα σχετικά με την ασφάλιση στην υγεία (Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Πορτογαλία). Ακόμη, άλλες χώρες επέλεξαν να εισάγουν αυστηρότερους ελέγχους σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Πορτογαλία, Ισπανία). Τέλος, κάποιες χώρες επέλεξαν να καταστούν αυστηρότεροι οι έλεγχοι σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες γενικά, με αποτέλεσμα να επηρεαστεί και ο τομέας της υγείας (Κροατία, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Μαυροβούνιο, Σλοβενία, Ισπανία). Ιδιαίτερα ελπιδοφόρο για τον κοινωνικό χαρακτήρα ορισμένων χωρών είναι το γεγονός ότι πολλές χώρες έλαβαν μέτρα προκειμένου να μην αποκλειστούν άτομα με χαμηλά εισοδήματα από τις παροχές υγείας. Κάποιες χώρες επέλεξαν να μειώσουν τις εισφορές για άτομα με χαμηλά εισοδήματα (συνταξιούχοι στο Μαυροβούνιο), ενώ άλλες επέλεξαν την αύξηση των εισφορών για άτομα με υψηλότερα εισοδήματα (αυτοαπασχολούμενοι με πολύ υψηλά εισοδήματα στη Γαλλία, συνταξιούχοι με υψηλότερες απολαβές στη Ρουμανία). Επίσης στην Πορτογαλία επιλέχθηκε ως στρατηγική η μείωση των εισφορών για εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα, για κλάδους που παρατηρούνταν δυσανάλογη εύνοια για εργαζόμενους και συνταξιούχους υψηλότερων εισοδημάτων.

3.4.2 Στρατηγικές επιλογές για το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης των χωρών της Ευρώπης τα έτη 2008-2013

Η υγειονομική κάλυψη έχει τρεις βασικές διαστάσεις: το μερίδιο του πληθυσμού που δικαιούται δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας, το φάσμα των υπηρεσιών που καλύπτονται και το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι πρέπει να καταβάλλουν κάποιο χρηματικό ποσό για τη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Αποτελεσματική υγειονομική κάλυψη θεωρείται όταν οι άνθρωποι μπορούν να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται χωρίς να αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες εξαιτίας μεγάλων ποσών που καταθέτουν για την υγειονομική περίθαλψη. Οι ατομικές δαπάνες για την υγεία δε πρέπει να περιορίζουν την κάλυψη των λοιπών βιολογικών αναγκών του ατόμου, ωθώντας το στην φτώχεια. Επίσης, είναι δεδομένο ότι η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται πρέπει να διατηρείται σταθερή με τα βέλτιστα αποτελέσματα. Ως αποτέλεσμα της δημοσιονομικής πίεσης, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής σε κάθε κράτος επιλέγουν διαφορετικό τρόπο προκειμένου να περιορίσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Σε κάποιες περιπτώσεις, περιορίζεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν πρόσβαση στην υγεία, σε άλλες περιπτώσεις μειώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και σε άλλες περιπτώσεις αυξάνεται το χρηματικό ποσό που πρέπει να καταβληθεί για την πρόσβαση στο σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με τους Thomson, *et al* (2014), στο χρονικό διάστημα μεταξύ των ετών 2008 και 2013, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ακολούθησαν διαφορετικές τακτικές ως προς τη δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας.

A. Πρόσβαση στις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας

Πολλές χώρες επέλεξαν την επέκταση του δικαιώματος πρόσβασης στο σύστημα υγείας για περισσότερες ομάδες του πληθυσμού που δεν καλύπτονταν πριν από την κρίση (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Ελλάδα, Ισπανία, Σουηδία). Η οικονομική κρίση δεν επηρέασε αλλαγές που είχαν προγραμματιστεί και δόθηκε έμφαση κυρίως σε φτωχότερες ομάδες του πληθυσμού και στα παιδιά.

Αντιθέτως, υπήρχαν χώρες που επέλεξαν να περιορίσουν την πρόσβαση στο σύστημα υγείας ως μέσο μείωσης των δαπανών στα πλαίσια της κρίσης. Έτσι περιορίστηκαν ευάλωτες κυρίως ομάδες του πληθυσμού, μέσω της αύξησης των κατώτατων ορίων που δικαιούνταν δωρεάν υπηρεσίες.

B. Εύρος και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών

Η οικονομική κρίση οδήγησε πολλές χώρες στην αποεπένδυση στον τομέα της υγείας. Στόχος των στρατηγικών για την υγεία είναι η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των διαθέσιμων κονδυλίων με επενδύσεις που προσφέρουν τη μεγαλύτερη απόδοση. Ωστόσο, πολλές χώρες επέλεξαν να μειώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προκειμένου να εξασφαλίζουν μείωση των δαπανών. Σε άλλες χώρες δόθηκε βαρύτητα σε συστήματα eHealth, εξασφαλίζοντας διπλό πλεονέκτημα, δηλαδή βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δημόσιων δαπανών για την υγεία σε υπηρεσίες και ελαχιστοποίηση των ανησυχιών για αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού (Thomson, et al 2014).

Γ. Χρέωση χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Κάποιες χώρες ανέφεραν την εισαγωγή ή την αύξηση στα τέλη χρήσης εντός του συστήματος υγείας, συνήθως για συνταγογραφούμενα φάρμακα (Κροατία, Κύπρος, Γαλλία, Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία), για νοσηλεία στα νοσοκομεία (Τσεχία, Εσθονία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λετονία, Πορτογαλία), για τμήματα έκτακτης ανάγκης (Κύπρος, Ιταλία, Πορτογαλία), για μακροχρόνια περίθαλψη (Εσθονία, Πορτογαλία). Αντιθέτως, υπήρξαν χώρες στις οποίες μειώθηκαν οι χρεώσεις για συνταγογραφούμενα φάρμακα (Τσεχία, Ηνωμένο Βασίλειο), για διαγνωστικές εξετάσεις στα δημόσια νοσοκομεία (Ελλάδα, Ιταλία), για νοσοκομειακή περίθαλψη (Τσεχία, Ουγγαρία), για μετανάστες χωρίς έγγραφα (Δανία, Γαλλία), για οδοντιατρική περίθαλψη (Ουγγαρία).

4.ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στην παρούσα ενότητα καταγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας προκειμένου να αποσαφηνιστεί η στατιστική ανάλυση και να γίνουν οι απαραίτητες διευκρινήσεις, για τα δεδομένα και τις μεταβλητές, που θα συμβάλλουν ακολούθως στη διεξαγωγή των συμπερασμάτων.

4.1 Δεδομένα

Αρχικά, δημιουργήθηκε μία βάση δεδομένων με 3775 εγγραφές για δεδομένα των ετών 2005 έως 2017. Οι εγγραφές περιλάμβαναν δεδομένα για τις 284 περιφέρειες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλαδή τις χωρικές ενότητες που αντιστοιχίζονται στο επίπεδο NUTS II. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση προέρχονται από τις βάσεις δεδομένων της Eurostat. Για την αναζήτηση πρόσθετων δεδομένων υπήρξε επικοινωνία με την κ. Α. Βήχου από την Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, η Eurostat καθόρισε την ταξινόμηση NUTS ως ένα ενιαίο και συνεκτικό σύστημα για τη διαίρεση του εδάφους της ΕΕ προκειμένου να παράγει περιφερειακές στατιστικές. Ωστόσο, μερικές φορές τα εθνικά συμφέροντα απαιτούν αλλαγή της περιφερειακής κατανομής μιας χώρας. Το διαχωρισμό NUTS II διέπουν δύο βασικές αρχές (Eurostat, 2017):

Αρχή 1

Σύμφωνα με τον κανονισμό των NUTS ορίζονται ελάχιστα και μέγιστα όρια πληθυσμού για το μέγεθος των NUTS περιοχών. Συγκεκριμένα για τις περιοχές NUTS II τα όρια είναι από 800.000 κατοίκους έως 3.000.000 κατοίκους. Οι αποκλίσεις από αυτά τα κατώτατα όρια είναι δυνατές μόνο για ιδιαίτερες γεωγραφικές, κοινωνικοοικονομικές, ιστορικές, πολιτιστικές ή περιβαλλοντικές συνθήκες.

Αρχή 2

Ο διαχωρισμός σε NUTS ευνοεί τις διοικητικές διαιρέσεις. Εάν υπάρχουν, χρησιμοποιούνται διοικητικές δομές για διαφορετικά επίπεδα NUTS. Σε εκείνα τα κράτη μέλη της ΕΕ όπου δεν υπάρχει διοικητικό επίπεδο που να αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο επίπεδο, οι χωρικές ενότητες δημιουργούνται συγκεντρώνοντας μικρότερες διοικητικές περιφέρειες

Οι γεωγραφικές ενότητες που υπάγονται στον διαχωρισμό NUTS II, αποτελούν τις βασικές ενότητες για την εφαρμογή των περιφερειακών πολιτικών (Eurostat, 2018g). Στην συγκεκριμένη εργασία οι περιοχές NUTS II χρησιμοποιήθηκαν ως διοικητικό-γεωγραφικό επίπεδο αναφοράς, ώστε ο κατακερματισμός του ευρωπαϊκού

χώρου με τον συγκεκριμένο τρόπο να διευκολύνει την μελέτη των επιμέρους χωρικών ενοτήτων και να αναδειξεί τις διαφορές σε ζητήματα ανάπτυξης και υγείας. Τα δεδομένα που συνέθεσαν τη βάση, προέρχονται από τη Eurostat και περιλαμβάνουν δεδομένα έως το τελευταίο διαθέσιμο έτος. Για τις διαφορετικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν, υπήρξαν έτη ή γεωγραφικές ενότητες για τα οποία δεν υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα.

4.2 Μεταβλητές

Προκειμένου να εντοπιστεί η συσχέτιση μεταξύ της ανάπτυξης και της υγείας χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές που θεωρήθηκαν ως οι πλέον κατάλληλες για τη συγκεκριμένη μελέτη. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι δε θεωρούμε ότι οι μεταβλητές που επιλέχθηκαν μπορούν να προσδιορίσουν σε ολοκληρωτικό βαθμό τις έννοιες της ανάπτυξης και υγείας καθώς όπως αναλύθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια πρόκειται για αρκετά πολύπλοκες έννοιες, ωστόσο μπορεί να προσδιοριστεί σε ένα ικανοποιητικό βαθμό η μεταξύ τους συσχέτιση.

Όσον αφορά τις μεταβλητές που επιλέχθηκαν για να απεικονίσουν την ανάπτυξη, αυτές είναι κατά περίπτωση το Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ σε μονάδες αγοραστικής δύναμης με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2005 έως 2017, Ποσοστό πληθυσμού σε ρίσκο φτώχειας με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2006 έως 2011, Ποσοστό πληθυσμού που εγκαταλείπει την εκπαίδευση με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2013 έως 2017, Ποσοστό πληθυσμού που στερείται σημαντικών υλικών με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2006 έως 2016. Οι μεταβλητές που επιλέχθηκαν για να απεικονίσουν την υγεία είναι το Προσδόκιμο ζωής με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2012 έως 2016 και ο Σταθμισμένος δείκτης όλων των αιτιών θανάτου με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2005 έως 2010.

Στη συνέχεια αναφέρονται οι λόγοι επιλογής της κάθε μεταβλητής, πληροφορίες για τον υπολογισμό και επιχειρείται η χαρτογραφική απεικόνιση των μεταβολών που παρατηρούνται στα δεδομένα των μεταβλητών για τα διαθέσιμα έτη.

**Κατά Κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν σε μονάδες αγοραστικής δύναμης
(Regional gross domestic product in PPS per inhabitant by NUTS 2 regions)**

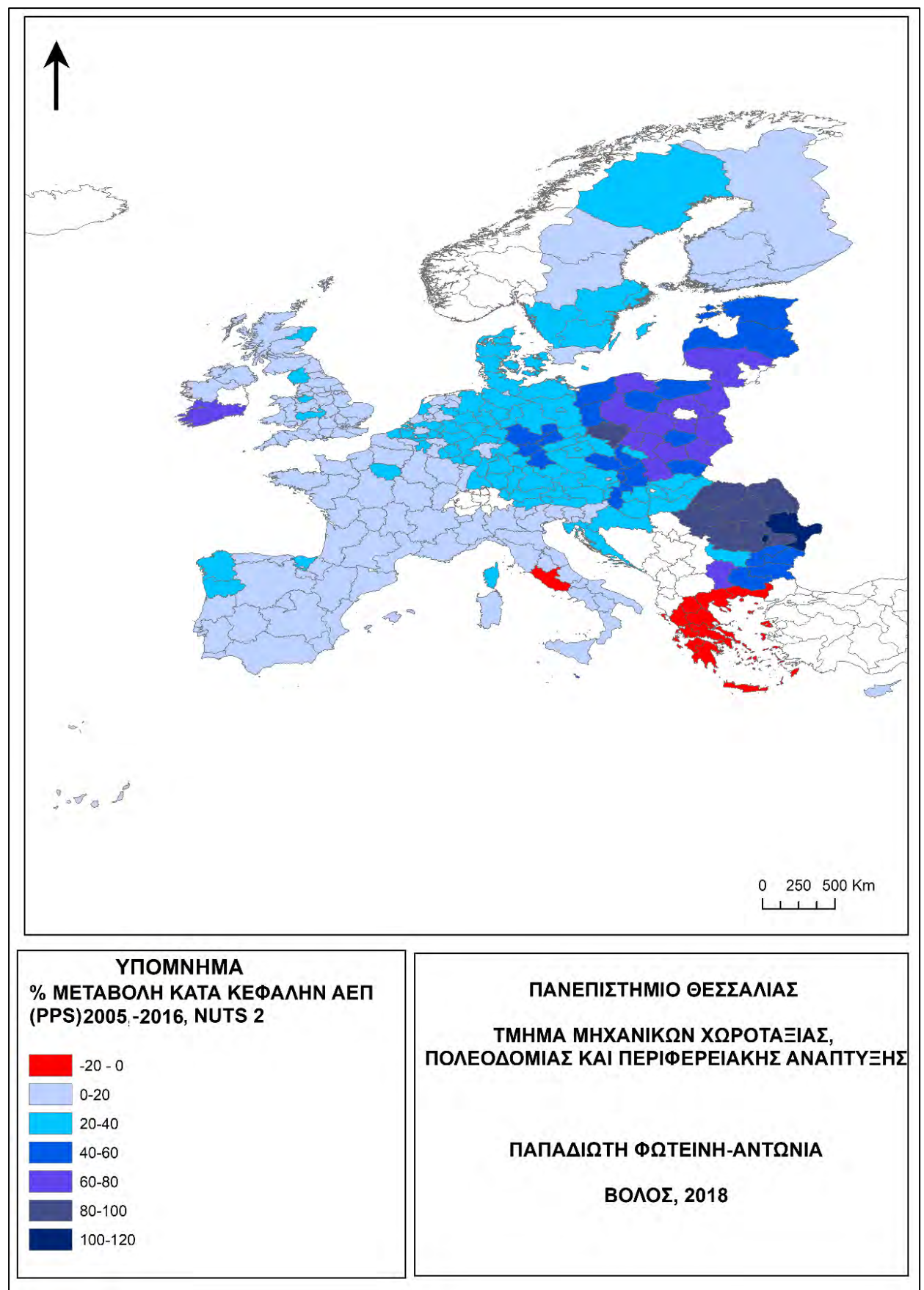
Η επιλογή του ΚΚ ΑΕΠ έγινε καθώς θεωρήθηκε ως ένας αντιπροσωπευτικός παράγοντας μέτρησης της ανάπτυξης και του βιοτικού επιπέδου. Αντικατοπτρίζει τη συνολική αξία όλων των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται μείον την αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται για ενδιάμεση ανάλωση στην παραγωγή τους στην περιοχή NUTS II. Το ΚΚ ΑΕΠ μετράται στη συγκεκριμένη εργασία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης.. Η έκφραση του ΑΕΠ σε PPS (πρότυπα αγοραστικής δύναμης) εξαλείφει τις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ των χωρών. Οι υπολογισμοί ανά κάτοικο επιτρέπουν τη σύγκριση των οικονομιών και περιοχών που διαφέρουν σημαντικά σε απόλυτο μέγεθος. Το ΑΕΠ ανά κάτοικο σε ΜΑΔ είναι η βασική μεταβλητή για τον προσδιορισμό της επιλεξιμότητας των περιφερειών NUTS 2 στο πλαίσιο της διαρθρωτικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat, 2018α). Ωστόσο, το ΚΚ ΑΕΠ σαν οικονομικό μέγεθος αντιμετωπίζει αδυναμίες (Arnold, 2005) οι οποίες είναι οι εξής:

- Αδυναμία υπολογισμού μη εμπορεύσιμων αγαθών και υπηρεσιών.
- Απουσία επαρκών και αξιόπιστων στοιχείων για τον υπολογισμό του ΚΚ ΑΕΠ, ιδίως σε αναπτυσσόμενες οικονομίες.
- Αδυναμία συνυπολογισμού υπόγειων οικονομικών δραστηριοτήτων και άλλου τύπου οικονομικών συναλλαγών, όπως πωλήσεις μεταχειρισμένων αγαθών και συναλλαγές μετοχών και ομολόγων.
- Αδυναμία απόδοσης της σταθερότητας και της ισότιμης κατανομής των εισοδημάτων.

Το ΚΚ ΑΕΠ μπορεί να αποδώσει είτε την μεγέθυνση της οικονομίας είτε την οικονομική συρρίκνωση μιας περιοχής. Οι διαφορές που παρατηρούνται στο ΚΚ ΑΕΠ μεταξύ των γεωγραφικών ενοτήτων μιας χώρας μπορεί να αποτελέσουν αιτία δημιουργίας ανισοτήτων. Πολλές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι ανισότητες μεταξύ των χωρών οφείλονται κυρίως σε ανισότητες στο εσωτερικό τους. Επίσης, βάσει μελετών, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου περιφερειακών ανισοτήτων και ΚΚ ΑΕΠ (Καραβέλη & Τσιώνας, 2011). Οι ανισότητες ξεκινούν ως οικονομικές και διαχρονικά λαμβάνουν κοινωνικό χαρακτήρα που υπογραμμίζεται από πολιτικούς παράγοντες.

Στο Χάρτη 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μεταβολές στο ΚΚ ΑΕΠ στο σύνολο των ευρωπαϊκών περιφερειών μεταξύ των ετών 2005 και 2016, για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Όπως παρουσιάζεται, η μεταβολή στο ΚΚ ΑΕΠ είναι αρνητική στην περίπτωση της Ελλάδας και μίας Ιταλικής περιφέρειας. Στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές περιφέρειες μεταξύ των ετών 2005 και 2016 παρατηρείται αύξηση. Ωστόσο αν λάβουμε υπόψη την Εικόνα 1 του Παραρτήματος, στην οποία απεικονίζεται η μεταβολή του ΚΚ ΑΕΠ μεταξύ των ετών 2005 και 2008, διαπιστώνουμε ότι η χρηματοπιστωτική κρίση οδήγησε σε μείωση του ΚΚ ΑΕΠ το έτος 2008 αλλά ακολούθως το σύνολο των ευρωπαϊκών περιφερειών εκτός των ελληνικών ακολούθησε θετική αναπτυξιακή πορεία. Επίσης παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό των ευρωπαϊκών χωρών οι περιφέρειες τους ακολουθούν κοινή αναπτυξιακή πορεία ενώ στις περιπτώσεις που οι περιφέρειες δεν εμφανίζουν ακριβώς τις ίδιες ποσοστιαίες μεταβολές, αυτές δεν αποκλίνουν σημαντικά.

Χάρτης 1: Ποσοστιαία μεταβολή στο ΚΚ ΑΕΠ 2005-2016 (NUTS 2)



Πηγή: (Eurostat, 2018), Ιδία Επεξεργασία

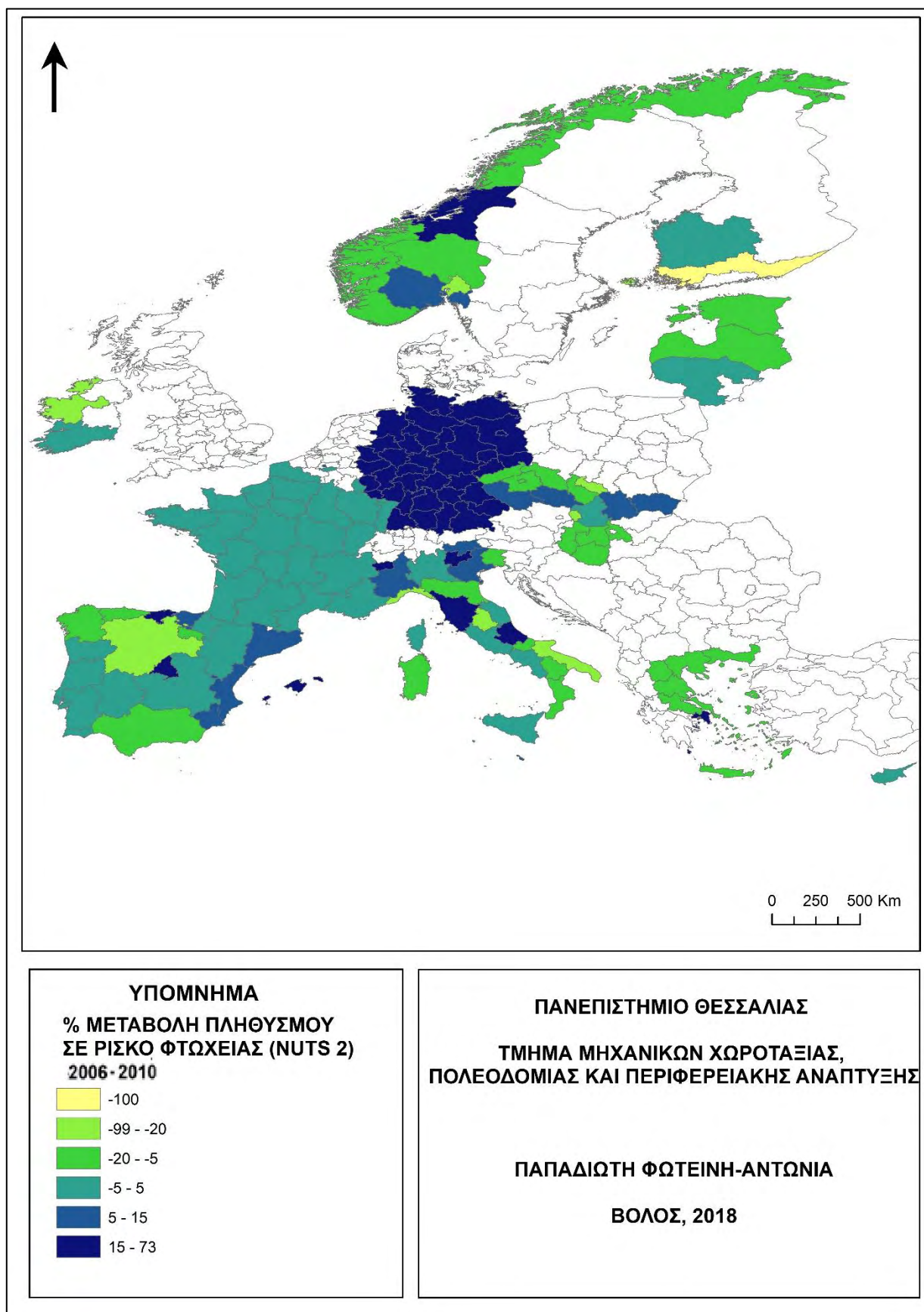
Ποσοστό πληθυσμού σε ρίσκο φτώχειας (At-risk-of-poverty rate by NUTS 2 regions)

Περιλαμβάνει το ποσοστό των ατόμων με διαθέσιμο εισόδημα (μετά τους φόρους και άλλες μειώσεις) κάτω από το όριο κινδύνου φτώχειας, το οποίο ορίζεται στο 60% του εθνικού μέσου διαθέσιμου εισοδήματος.

Αυτός ο δείκτης δεν μετρά τον πλούτο ή την φτώχεια, αλλά το χαμηλό εισόδημα σε σύγκριση με άλλους κατοίκους της χώρας, γεγονός που δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Το ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας πριν από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (κοινωνικά και οικονομικά βοηθήματα από εθνικούς ή τοπικούς φορείς), υπολογίζεται ως το μερίδιο των ατόμων με διαθέσιμο εισόδημα πριν από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, που είναι κάτω από το κατώφλι κινδύνου φτώχειας που υπολογίζεται μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις. Ο δείκτης αυτός εξετάζει την υποθετική ανυπαρξία κοινωνικών μεταβιβάσεων. Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, είναι αυτό που μοιάζει συνεχές, δηλαδή δείχνει το ποσοστό του πληθυσμού που ζει σε νοικοκυριά όπου το διαθέσιμο εισόδημα ήταν κάτω από το όριο κινδύνου φτώχειας για το τρέχον έτος και τουλάχιστον δύο από τα τρία προηγούμενα έτη. Ο υπολογισμός του απαιτεί ένα διαχρονικό μέσο, μέσω του οποίου παρακολουθούνται τα άτομα για τέσσερα χρόνια (Eurostat, 2018b). Η στρατηγική «Ευρώπη 2020» προάγει τη μείωση της φτώχειας, με στόχο την απομάκρυνση τουλάχιστον 20 εκατομμυρίων ανθρώπων από τον κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Στο Χάρτη 2 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μεταβολές στο ποσοστό πληθυσμού σε ρίσκο φτώχειας για τα έτη 2006 έως 2010 για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Τα δεδομένα για τις ευρωπαϊκές περιφέρειες ήταν αρκετά περιορισμένα με αποτέλεσμα να μη δημιουργείται μια ολοκληρωμένη εικόνα, ωστόσο οι περισσότερες μεταβολές στις περιφέρειες είναι αρνητικές, το οποίο είναι ιδιαίτερα θετικό καθώς εμφανίζεται βελτίωση της κάλυψης των αναγκών.

Χάρτης 2: Ποσοστιαία μεταβολή του πληθυσμού σε ρίσκο φτώχειας 2006-2010 (NUTS 2)



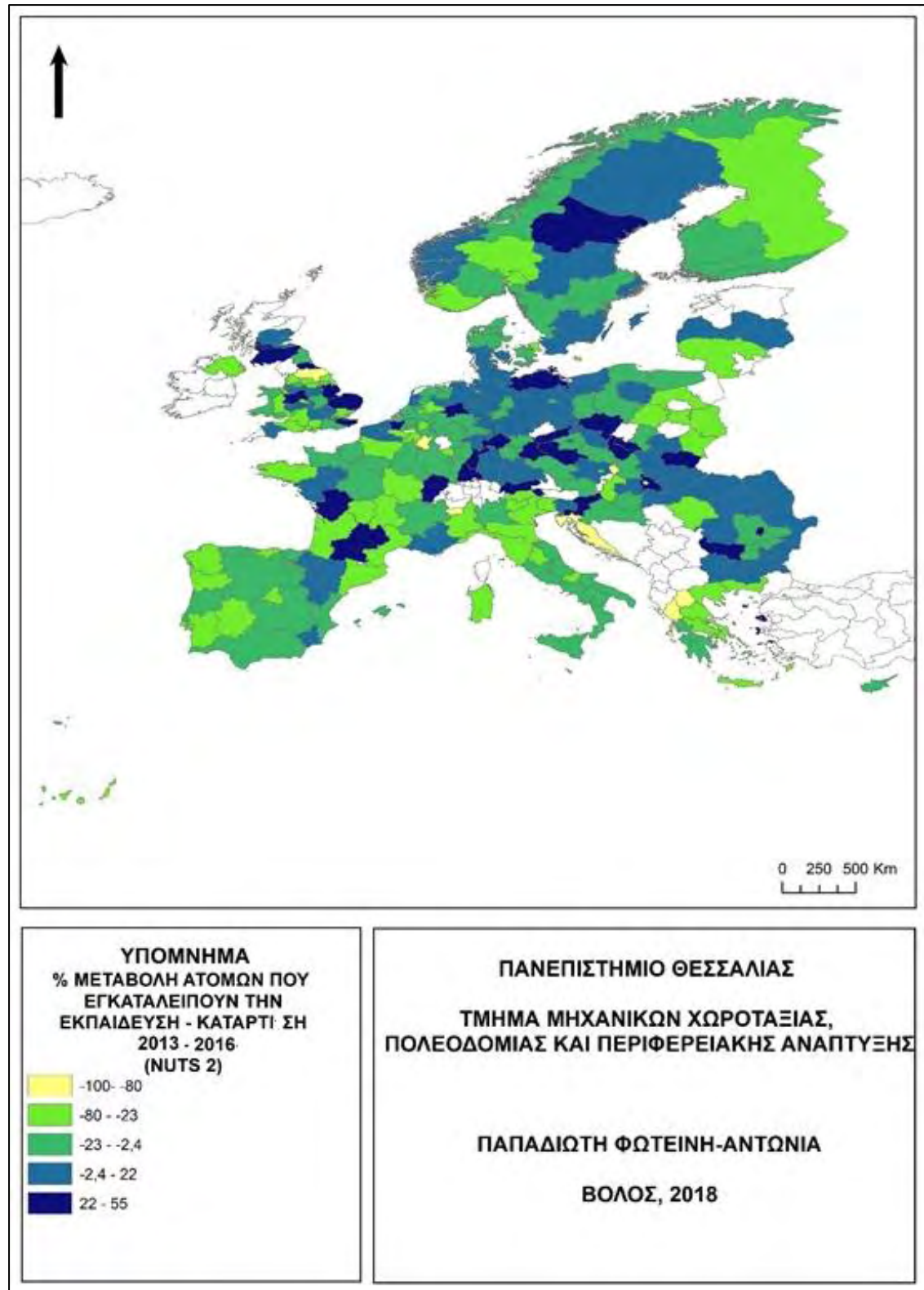
Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

Ποσοστό πληθυσμού που εγκαταλείπει την εκπαίδευση (Early leavers from education and training NUTS 2 regions)

Η συγκεκριμένη μεταβλητή αναφέρεται στα άτομα που εγκαταλείπουν την εκπαίδευση και την κατάρτιση και επιλέχθηκε προκειμένου να απεικονίσει το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού της εκάστοτε γεωγραφικής περιοχής και ειδικότερα στο δυναμικό κομμάτι του πληθυσμού. Ειδικότερα, υποδηλώνει το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 18 έως 24 ετών που έχει ολοκληρώσει την κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και δεν συμμετέχει σε περαιτέρω εκπαίδευση ή κατάρτιση. Η κατηγοριοποίηση της εκπαίδευσης υλοποιείται μέσω του διεθνούς συστήματος για την εκπαίδευση (International Standard Classification of Education - ISCED). Τα δεδομένα μέχρι το έτος 2013 κατηγοριοποιούνται βάσει του ISCED 1997, ενώ από το έτος 2014 και μετά βάσει του ISCED 2011. Ο αριθμητής του δείκτη αναφέρεται σε άτομα ηλικίας 18 έως 24 ετών, τα οποία πληρούν τις ακόλουθες δύο προϋποθέσεις: α) το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή κατάρτισης που έχουν συμπληρώσει το επίπεδο ISCED 2011: 0, 1 ή 2 (Επίπεδο 0 - Λιγότερο από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, Επίπεδο 1 - Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, Επίπεδο 2 - Κάτω δευτεροβάθμια εκπαίδευση), ISCED 1997: 0, 1, 2 ή 3C βραχυπρόθεσμα (Επίπεδο 0 - Προσχολική εκπαίδευση, Επίπεδο 1 - Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης, Επίπεδο 2 - Κάτω δευτεροβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση, Επίπεδο 3 - Άνω δευτεροβάθμια εκπαίδευση) και β) δεν έχουν λάβει καμία εκπαίδευση ή κατάρτιση (δηλαδή ούτε επίσημη ούτε ανεπίσημη) κατά τις τέσσερις εβδομάδες που προηγούνται της έρευνας. Ο παρονομαστής του συνολικού πληθυσμού αποτελείται από την ίδια ηλικιακή ομάδα, εξαιρουμένων των ερωτηθέντων που δεν απάντησαν στα ερωτηματολόγια «το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή κατάρτισης που ολοκληρώθηκε με επιτυχία» και «η συμμετοχή στην εκπαίδευση και την κατάρτιση» (Eurostat, 2018c).

Στο Χάρτη 3 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μεταβολές στο ποσοστό πληθυσμού που εγκαταλείπει την εκπαίδευση για τα έτη 2013 έως 2016 για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές περιφέρειες η μεταβολή είναι αρνητική, στοιχείο που υποδηλώνει μία τάση αύξησης των ατόμων που συνεχίζουν την ανώτατη εκπαίδευση μεταξύ των συγκεκριμένων ετών.

Χάρτης 3: Ποσοστιαία μεταβολή των ατόμων που εγκαταλείπουν την εκπαίδευση-κατάρτιση 2013-2016 (NUTS 2)



Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

Ποσοστό πληθυσμού που στερείται σημαντικών υλικών (Severe material deprivation rate by NUTS 2 regions)

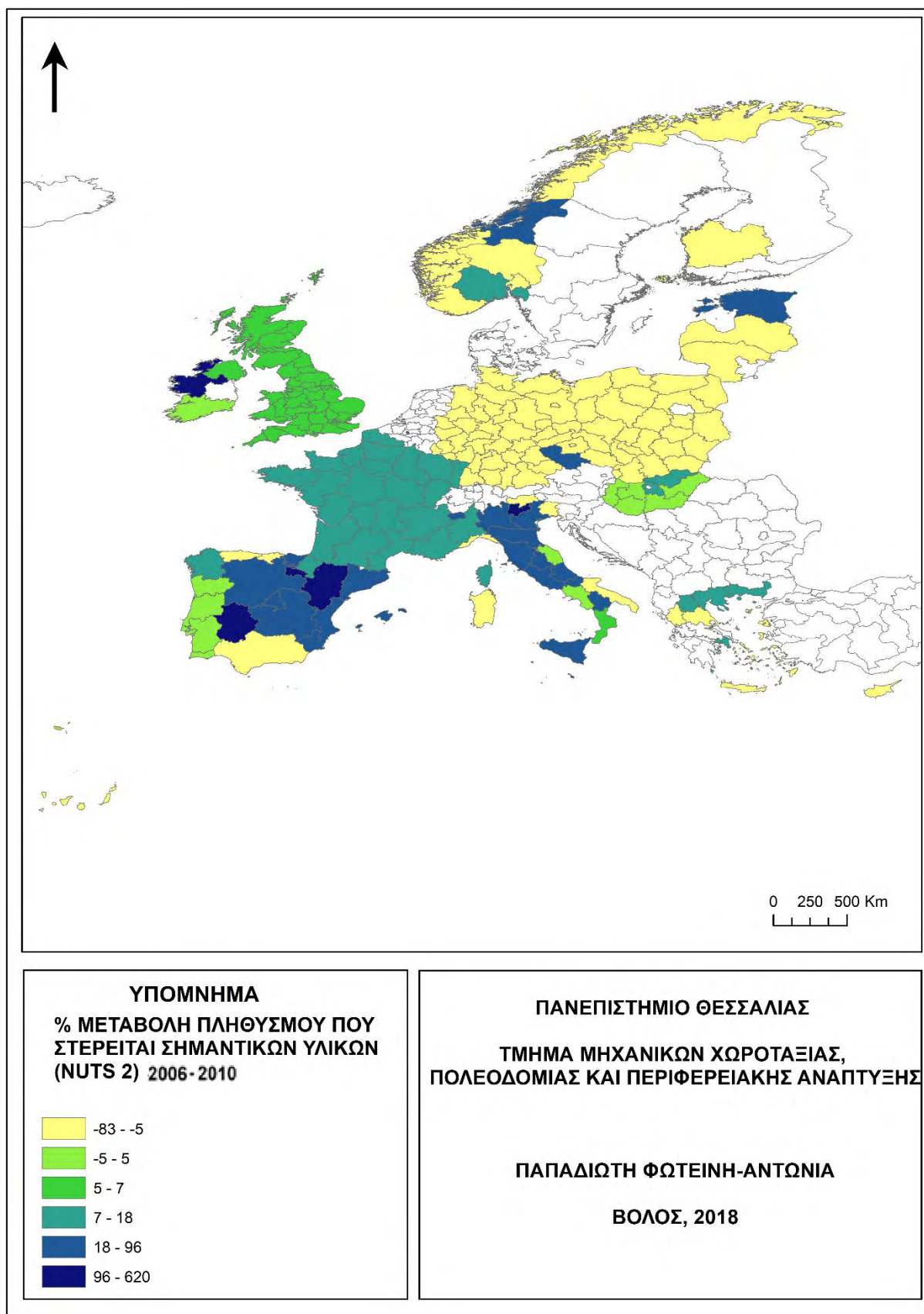
Μετράται ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού. Ο όρος "υλική στέρηση" καλύπτει δείκτες που αφορούν την οικονομική επιβάρυνση, τα διαρκή αγαθά, τη στέγαση και το περιβάλλον της κατοικίας. Τα άτομα με σοβαρές υλικές στερήσεις αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης λόγω έλλειψης πόρων, έχουν τουλάχιστον 4 από τα 9 προβλήματα που ακολουθούνται από στέρηση, δηλαδή δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά:

- 1) να πληρώνουν ενοίκια ή λογαριασμούς κοινής ωφέλειας,
- 2) να διατηρούν το σπίτι επαρκώς ζεστό,
- 3) να αντιμετωπίζουν απροσδόκητα έξοδα,
- 4) να τρώνε κρέας, ψάρι ή ισοδύναμο πρωτεΐνης κάθε δεύτερη ημέρα
- 5) διακοπές ανά εβδομάδα μακριά από το σπίτι
- 6) ένα αυτοκίνητο
- 7) ένα πλυντήριο ρούχων
- 8) έγχρωμη τηλεόραση
- 9) τηλέφωνο

Ο συγκεκριμένος δείκτης επιλέχθηκε προκειμένου να απεικονίσει τις συνθήκες διαβίωσης και το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού (Eurostat,2018d).

Στο Χάρτη 4 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μεταβολές στο Ποσοστό πληθυσμού που στερείται σημαντικών υλικών για τα έτη 2006 έως 2010 για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο συγκεκριμένος χάρτης σε παραλληλισμό με τους χάρτες που προηγήθηκαν. Σε πολλές περιφέρειες στις οποίες βάσει των μεταβλητών που προηγήθηκαν θα χαρακτηρίζονταν αναπτυσσόμενες, εμφανίζονται βάσει της συγκεκριμένης μεταβλητής σημαντικά προβλήματα ως προς το βιοτικό επίπεδο. Αυτό συμβαίνει πιθανώς εξαιτίας των μακροοικονομικών συνθηκών που επικρατούν και επηρεάζουν την οικονομική δυναμική των κατοίκων.

Χάρτης 4: Ποσοστιαία μεταβολή πληθυσμού που στερείται σημαντικών υλικών στο ΚΚ ΑΕΠ 2006-2010 (NUTS 2)



Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

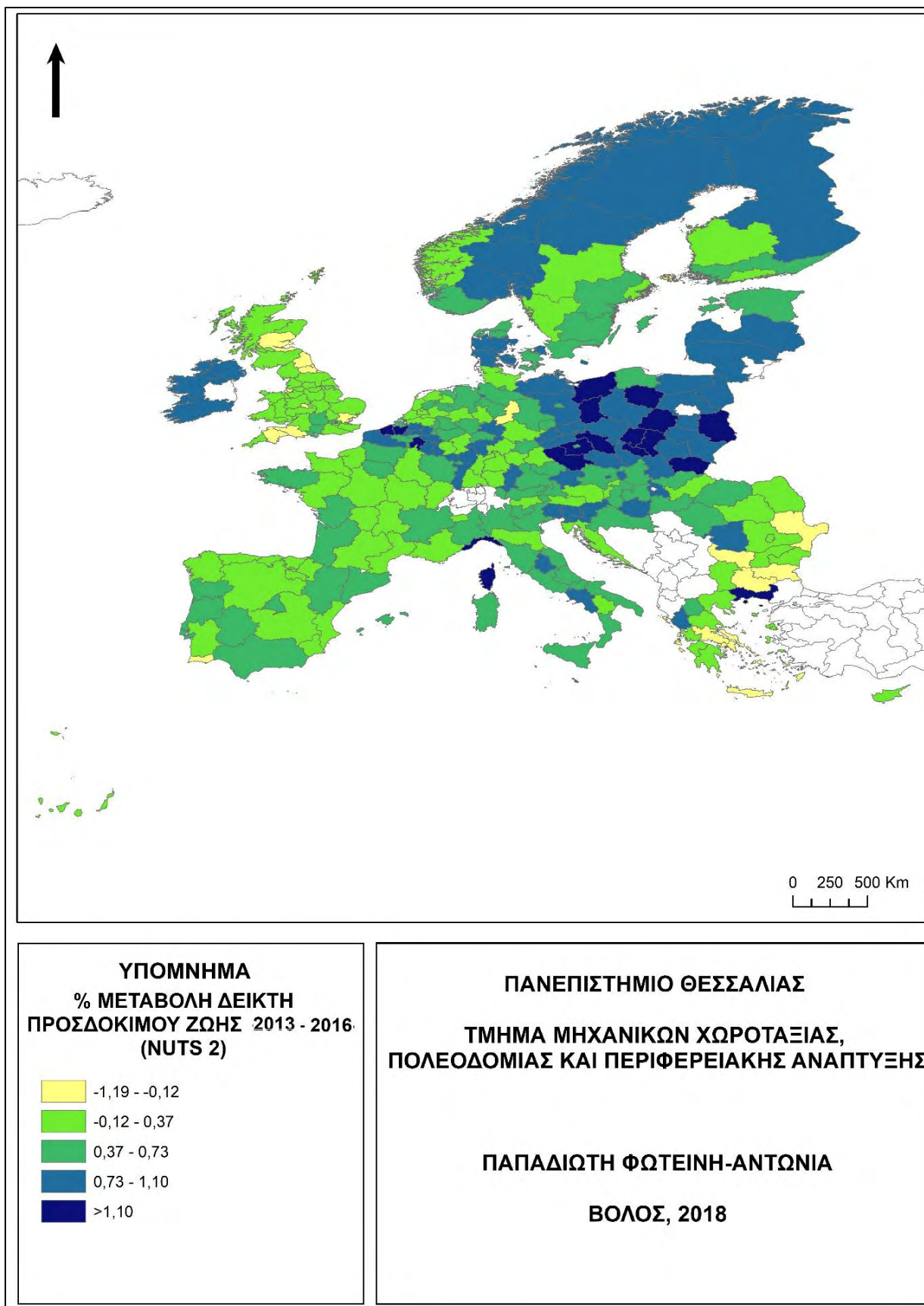
Προσδόκιμο ζωής με διαθέσιμα στοιχεία (Life expectancy NUTS 2 regions)

Το προσδόκιμο ζωής σε ορισμένες ηλικίες αντιπροσωπεύει τον μέσο αριθμό ετών που πρέπει ακόμα να ζήσει κάποιος που έχει φτάσει σε μια συγκεκριμένη ηλικία, εάν υποβληθεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του στις τρέχουσες συνθήκες θνησιμότητας (ειδικές πιθανότητες θανάτου). Στη συγκεκριμένη περίπτωση η μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε χρησιμοποιεί ως ηλικιακή βάση τα άτομα τα οποία βρίσκονται μέχρι το πρώτο έτος ηλικίας.

Συνεπώς, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, υπολογίζει πόσο χρονικό διάστημα, κατά μέσο όρο, ένα μωρό που γεννήθηκε σήμερα, θα μπορούσαμε να αναμένουμε ότι θα ζήσει, αν τα σημερινά ποσοστά θνησιμότητας σε διαφορετικές ηλικίες εφαρμόζονταν σε όλη τη ζωή τους. Επίσης, το προσδόκιμο ζωής συναρτάται και με τα ποσοστά των θανάτων στην παιδική ηλικία. Το προσδόκιμο ζωής, συνήθως, υπολογίζεται για το σύνολο του πληθυσμού αλλά και ξεχωριστά για τις γυναίκες και τους άντρες. Συνήθως, το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες είναι γενικά υψηλότερο από αυτό των ανδρών (Eurostat, 2018e).

Στο Χάρτη 5 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μεταβολές στο Προσδόκιμο ζωής για τα έτη 2013 έως 2016 για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Στις περισσότερες περιφέρειες το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε ενώ στις περιπτώσεις που αυτό μειώθηκε, η μεταβολή ήταν ιδιαίτερα μικρή ποσοστιαία. Οι μεταβολές υποδηλώνουν ιδιαίτερα θετικές συνθήκες σχετικά με τη βελτίωση θεμάτων υγείας στο σύνολο της Ευρώπης.

Χάρτης 5: Ποσοστιαία μεταβολή δείκτη προσδόκιμου ζωής 2013-2016 (NUTS 2)



Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

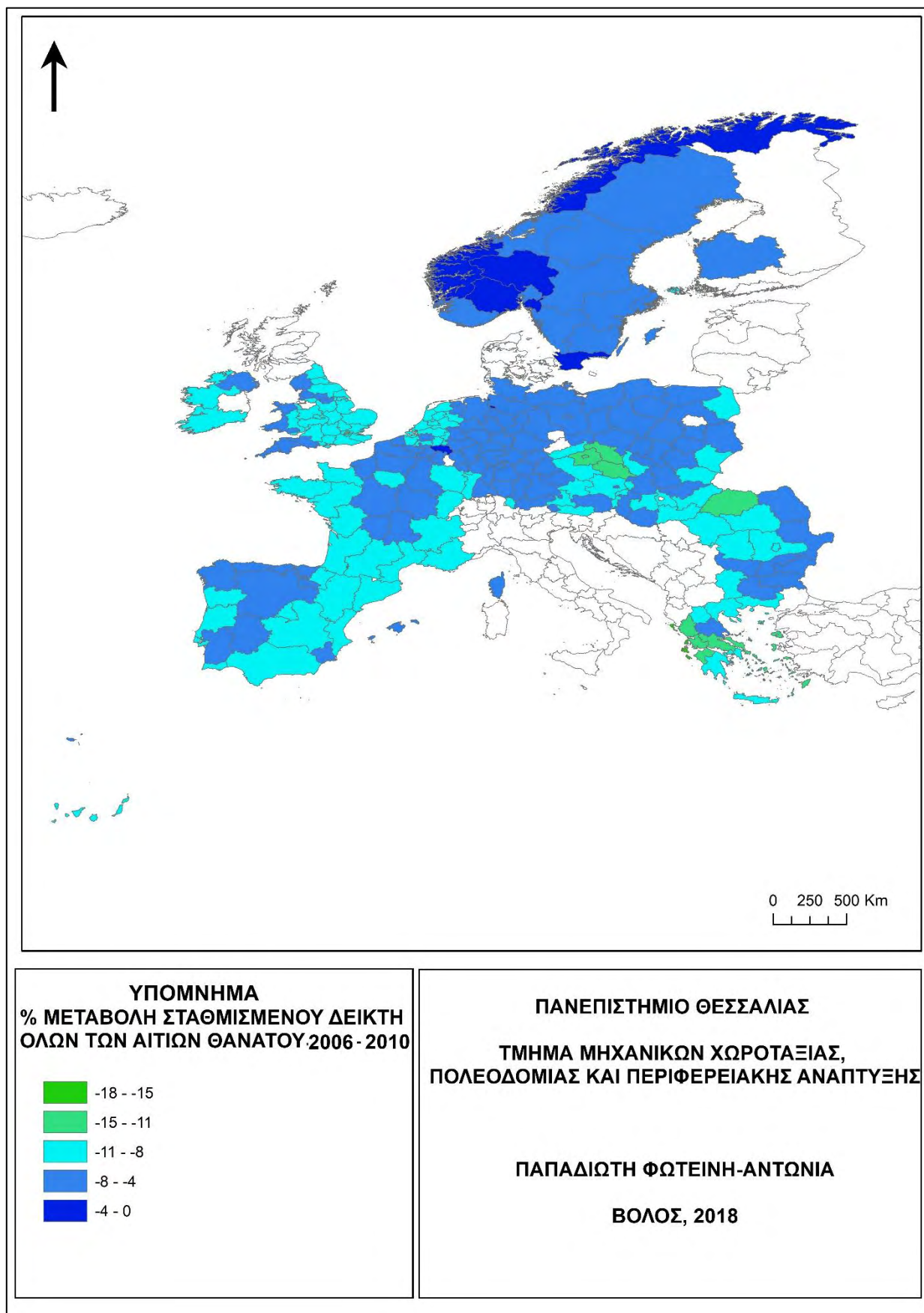
Σταθμισμένος δείκτης όλων των αιτιών θανάτου με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2005 έως 2010 (Standardised death rate per 100 000 inhabitants, 3 years average)

Σταθμισμένα ποσοστά θνησιμότητας με βάση την ηλικία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη σύγκριση των ποσοστών θνησιμότητας στις χώρες χωρίς να επηρεάζονται από τη διαφορά στις κατανομές ηλικίας από χώρα σε χώρα. Χωρίς να χρησιμοποιείται αυτή η τυποποίηση, θα ήταν ασαφές εάν διαφορετικά ποσοστά θνησιμότητας οφειλόταν στην ηλικία ή ως αποτέλεσμα άλλων παραγόντων.

Ο αριθμός των θανάτων ανά 100.000 κατοίκους επηρεάζεται από την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού. Δύο πληθυσμοί με τα ίδια ποσοστά θνησιμότητας ανά ηλικία για μια αιτία θανάτου θα έχουν διαφορετικά συνολικά ποσοστά θνησιμότητας εάν οι ηλικιακές κατανομές των πληθυσμών τους είναι διαφορετικές. Οι αιτίες θανάτων για τις οποίες παρέχονται δεδομένα αφορούν τα εξής: καρκίνο, ισχαιμική καρδιοπάθεια και ατυχήματα στις μεταφορές (Eurostat, 2018f).

Στο Χάρτη 6 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μεταβολές στο Σταθμισμένο δείκτη όλων των αιτιών θανάτου με διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2006 έως 2010 για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Για τη συγκεκριμένη μεταβλητή υπήρχαν αρκετά περιορισμένα δεδομένα, ωστόσο στο σύνολο των ευρωπαϊκών περιφερειών η μεταβολή του συγκεκριμένου δείκτη είναι αρνητική. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτό οφείλεται είτε σε τυχαίους παράγοντες είτε σε ουσιαστικούς παράγοντες όπως βελτίωση του συστήματος υγείας, βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου ή των υποδομών.

Χάρτης 6: Ποσοστιαία μεταβολή σταθμισμένου δείκτη όλων των αιτιών θανάτου 2006-2010 (NUTS 2)



Πηγή: (Eurostat, 2018), Ιδία Επεξεργασία

4.3 Οικονομετρικό μοντέλο και υπολογισμός περιφερειακών ανισοτήτων

Αφού δημιουργήθηκε η βάση δεδομένων, εισήχθηκε στο πρόγραμμα SPSS Statistics 23 προκειμένου να εντοπιστούν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Με την ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis), που πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, εξετάζουμε τη σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών με σκοπό την πρόβλεψη των τιμών της μιας, μέσω των τιμών της άλλης ή των άλλων (Κάτος, 2004). Σε κάθε πρόβλημα παλινδρόμησης διακρίνουμε δύο είδη μεταβλητών: τις ανεξάρτητες ή ελεγχόμενες ή επεξηγηματικές (independent, predictor, casual, input, explanatory variables) και τις εξαρτημένες ή απόκρισης (dependent, response variables). Τα μοντέλα που δημιουργήθηκαν περιλάμβαναν δύο ή περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές και ανήκουν στα μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression models). Πρέπει να τονιστεί ότι για τη βελτίωση των τελικών μοντέλων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα EViews.

Η γενική μορφή των παλινδρομήσεων που εκτελέστηκαν είναι της ακόλουθης μορφής:

$$Y = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_k X_k + \varepsilon, \text{ όπου}$$

- Y είναι η τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής (μεταβλητή απόκρισης)
- X_1, X_2, \dots, X_k είναι οι τιμές των k ανεξάρτητων μεταβλητών
- $b_0, b_1, b_2, \dots, b_k$ είναι παράμετροι του μοντέλου
- ε είναι ανεξάρτητη τυχαία μεταβλητή, «σφάλμα» με τιμές $N(0, \sigma^2)$.

Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται οι πίνακες των παλινδρομήσεων που εκτελέστηκαν και αναλύονται τα επιμέρους αποτελέσματα. Ως στόχο της στατιστικής ανάλυσης θέτουμε τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών ώστε στη συνέχεια να συνδυαστούν τα επιμέρους αποτελέσματα με το θεωρητικό υπόβαθρο και να εξαχθούν τα κύρια συμπεράσματα και οι προτάσεις της παρούσας εργασίας.

Εκτός των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών, ιδιαίτερη αξία έχει ο υπολογισμός των ανισοτήτων μεταξύ των περιφερειών των ευρωπαϊκών χωρών. Για τον υπολογισμό των ανισοτήτων θα χρησιμοποιηθεί ο δείκτης χωροθέτησης-LQ ο οποίος παρέχει πληροφορίες για τον παρατηρούμενο βαθμό συγκέντρωσης και αποκέντρωσης των διαφόρων μεταβλητών.

Οι δείκτες χωροθέτησης (μετάφραση του όρου Location Quotients – LQs) είναι απλά μέτρα σύγκρισης ποιοτικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού μιας υπο-περιοχής σε σχέση με τα χαρακτηριστικά μιας ευρύτερης περιοχής (Τσίμπος, 2008) και αποτελούν ίσως τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους δείκτες στη χωρική ανάλυση (Cromley and Hanink, 2012). Σκοπός του δείκτη είναι να αναδείξει τις περιοχές όπου τοπικά το χαρακτηριστικό υπερτερεί ή υπολείπεται σε σχέση με το σύνολο της χώρας.

Ο δείκτης LQ_i στην περιοχή i ορίζεται ως εξής:

$$LQ_i = \frac{A_i}{A}$$

όπου A_i είναι το χαρακτηριστικό στην υποπεριοχή i , και A είναι το χαρακτηριστικό για το σύνολο της χώρας.

Ο δείκτης χωροθέτησης λαμβάνει θετικές τιμές και η ερμηνεία του γίνεται σε σύγκριση με το 1 ως εξής:

- $LQ_i < 1$ σημαίνει ότι στην περιοχή i το μελετώμενο μέγεθος υπολείπεται από το αντίστοιχο εθνικό μέγεθος
- $LQ_i > 1$ σημαίνει ότι στην περιοχή i το μελετώμενο μέγεθος υπερτερεί του αντίστοιχου εθνικού μεγέθους.
- $LQ_i = 1$ σημαίνει ότι στην περιοχή i το μελετώμενο μέγεθος είναι ίσο με το αντίστοιχο εθνικό μέγεθος

(Πολύζος, 2011).

5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ

Στο παρόν κεφάλαιο θα εξεταστεί αρχικά μέσω της πολλαπλής παλινδρόμησης, σε ποιο βαθμό οι μεταβλητές που εκφράζουν την ανάπτυξη, σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν στο Κεφάλαιο 4, συμβάλλουν στην ερμηνεία των μεταβλητών υγείας. Ακολούθως θα απεικονιστεί ο δείκτης LQ μέσω χαρτών για τις διαφορετικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν.

Οι στόχοι του παρόντος κεφαλαίου συνοψίζονται στα εξής:

- Διερεύνηση της συμβολής των μεταβλητών ανάπτυξης στην υγεία.
- Εντοπισμός του βαθμού και του τρόπου συμβολής των μεταβλητών ανάπτυξης στην υγεία.
- Αναζήτηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών.
- Κατανόηση της διαφοροποίησης των περιφερειών της ίδιας χώρας ως προς τα μεγέθη ανάπτυξης και υγείας

5.1.Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του δείκτη θνησιμότητας

Αρχικά, ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η «STANDARDISED_DEATH_RATE», η οποία εκφράζει το σταθμισμένο δείκτη όλων των αιτιών θανάτου Ως ερμηνευτικές μεταβλητές ορίστηκαν οι μεταβλητές «GDP_PC_PPS», «AT_RISK_OF_POVERTY», «SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION». Τα δεδομένα προς επεξεργασία αφορούσαν τα έτη 2006 έως 2010.

Αναμένονται τα εξής:

- Αρνητική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ερμηνευτικής μεταβλητής «GDP_PC_PPS», καθώς η οικονομική δυναμική μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα πρόσβασης στην υγεία και σε πολλές περιπτώσεις την ποιότητα της περίθαλψης. Αν αναλογιστούμε τις αιτίες θανάτων στις οποίες αφορούν τα δεδομένα, δηλαδή τον καρκίνο, την ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα ατυχήματα στις μεταφορές, η αρνητική σχέση που αναμένουμε μεταξύ των δύο μεταβλητών μπορεί να αιτιολογηθεί και ως αποτέλεσμα ψυχολογικών αιτιών, δηλαδή εκδήλωση ασθενειών οι οποίες οφείλονται σε κάποιο βαθμό σε παράγοντες άγχους, έλλειψης σωματικής δραστηριότητας, παχυσαρκίας, υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Συνεπώς άτομα τα οποία βρίσκονται σε

δύσκολη οικονομική κατάσταση υποθέτουμε ότι είναι περισσότερο επιρρεπή στην εκδήλωση ασθενειών οι οποίες επηρεάζονται από παράγοντες άγχους. Σχετικά με τους θανάτους που οφείλονται στα ατυχήματα, υποθέτουμε ότι το χαμηλό κατά κεφαλήν ΑΕΠ οδηγεί σε πολλές περιπτώσεις σε υποβαθμισμένες συνθήκες ζωής οι οποίες επηρεάζουν και την κατάσταση του εκάστοτε οδηγού (Neumayer,2005).

- Θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ερμηνευτικής μεταβλητής «AT_RISK_OF_POVERTY», επειδή όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η συγκεκριμένη μεταβλητή δε παρουσιάζει το βιοτικό επίπεδο ή τον πλούτο αλλά μια σχέση σύγκρισης μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας σχετικά με την κατάσταση του βιοτικού επιπέδου. Συνεπώς αναμένεται να παρουσιαστεί μία θετική σχέση μεταξύ των θανάτων και των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, εξαιτίας των διαφορετικών προνομιών στην υγεία που εντοπίζονται σε πολλές χώρες και αφορούν κυρίως τον αποκλεισμό πιο αδύναμων οικονομικά ατόμων από το σύστημα υγείας (Galea,et al, 2011).
- Θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ερμηνευτικής μεταβλητής «SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION». Θεωρούμε ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή σχετίζεται θετικά με την εξαρτημένη καθώς η στέρηση βασικών πόρων, επηρεάζει το βιοτικό επίπεδο και ως αποτέλεσμα την υγεία του ατόμου. Όσο περισσότερα υλικά στερείται το άτομο, τόσο δυσχεραίνεται η υγεία του και αυξάνονται οι θάνατοι (Benach, et.al, 2001).

5.2.Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της 1ης πολλαπλής παλινδρόμησης

Στον Πίνακα 1 εξετάζεται η μεταβλητότητα. Συγκεκριμένα σε όλες τις περιπτώσεις η μεταβλητότητα ($CV = \text{Std. Deviation} / \text{Mean}$) είναι μεγαλύτερη του 10% ($CV > 10\%$).

Πίνακας 1: Διακύμανση μεταβλητών 1ης Παλινδρόμησης

	Mean	Std. Deviation	N	CV
STANDARDISED_DEATH_RATE	1073,2446	345,08735	766	32%
GDP_PC_PPS	24546,2141	8332,00335	766	34%
AT_RISK_OF_POVERTY	16,2471	6,87029	766	42%
SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	8,3748	8,83929	766	106%

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

5. Στατιστική Ανάλυση και Απεικόνιση Περιφερειακών Μεγεθών

Η εξέταση του πίνακα συσχετίσεων (Πίνακας 2), οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, οι περισσότερες μεταβλητές συσχετίζονται έντονα μεταξύ τους. Οι περισσότερες p-values είναι μικρότερες από το 5% και ακόμα και στις περιπτώσεις που κάποιες ξεπερνούν το 5%, δεν ισχύει συστηματικά ώστε να υπάρχει πρόβλημα στις μεταβλητές.

Ωστόσο, αυτό είναι μία ένδειξη προβλήματος πολυσυγγραμμικότητας,, το οποίο θα εξεταστεί στη συνέχεια της ενότητας.

Πίνακας 2: Πίνακας συσχετίσεων 1ης Παλινδρόμησης

		STANDARDISED_ DEATH_RATE	GDP_PC_ PPS	AT_RISK_O F_POVERT Y	SEVERE_M ATERIAL_D EPRIVATIO N
Pearson Correlation	STANDARDISED_DEATH_RATE	1,000	-,389	,001	,569
	GDP_PC_PPS	-,389	1,000	-,359	-,502
	AT_RISK_OF_POVERTY	,001	-,359	1,000	,399
	SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	,569	-,502	,399	1,000
Sig. (1-tailed)	STANDARDISED_DEATH_RATE		,000	,485	,000
	GDP_PC_PPS	,000		,000	,000
	AT_RISK_OF_POVERTY	,485	,000		,000
	SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	,000	,000	,000	
N	STANDARDISED_DEATH_RATE	766	766	766	766
	GDP_PC_PPS	766	766	766	766
	AT_RISK_OF_POVERTY	766	766	766	766
	SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	766	766	766	766

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Όπως φαίνεται κι από τον Πίνακα 3, το υπόδειγμα εξηγεί ικανοποιητικό ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (41,4%). Ο συντελεστής αυτός υποδεικνύει ότι η ποιότητα προσαρμογής της γραμμής παλινδρόμησης στα δεδομένα είναι περίπου σε ποσοστό 41%, το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, ωστόσο αυτό δε δημιουργεί πρόβλημα στο μοντέλο και δεν επηρεάζει τη συσχέτιση των στατιστικά σημαντικών συντελεστών με την εξαρτημένη μεταβλητή. Άλλωστε για τη φύση του αντικειμένου

5. Στατιστική Ανάλυση και Απεικόνιση Περιφερειακών Μεγεθών

που πραγματεύεται η παρούσα εργασία, θεωρούμε ότι είναι αρκετά ικανοποιητικό. Επίσης, ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού, ο οποίος λαμβάνει υπόψη το μέγεθος και τον αριθμό των συντελεστών, παραμένει στην τάξη του 40% (41,1%), συνεπώς υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης δε θα είναι τυχαία. Ο συντελεστής Durbin-Watson, με τον οποίο ελέγχεται η αυτοσυσχέτιση υποδηλώνει θετική αυτοσυσχέτιση.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4, ο συντελεστής σημαντικότητας είναι μικρότερος του 0,001 ($p\text{-value} < 0,001$), σαφέστατα μικρότερος του 5%, συνεπώς εντοπίζεται πράγματι σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 3: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (Α) 1ης Παλινδρόμησης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,643 ^a	,414	,411	264,73370	,414	179,291	3	762	,000	,681

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Πίνακας 4: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (Β) 1ης Παλινδρόμησης

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	37696281,560	3	12565427,187	179,291	,000 ^b
	Residual	53403957,093	762	70083,933		
	Total	91100238,653	765			

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, όλοι οι συντελεστές παρουσιάζουν πολύ καλό επίπεδο σημαντικότητας λαμβάνοντας ως επίπεδο εμπιστοσύνης το 5% ($p\text{-value} < 0,05$). Το πρόσημο κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής είναι το αναμενόμενο, σύμφωνα με τις υποθέσεις στην αρχή του κεφαλαίου. Το πρόσημο το οποίο δεν είχε προβλεφθεί στις υποθέσεις είναι αυτό της μεταβλητής «AT_RISK_OF_POVERTY».

Πίνακας 5: Πίνακας συντελεστών 1ης Παλινδρόμησης

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Bound	Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1337,296	49,437		27,050	,000	1240,246	1434,345		
	GDP_PC_PPS	-,008	,001	-,203	-6,200	,000	-,011	-,006	,718	1,393
	AT_RISK_OF_POVERTY	-15,412	1,551	-,307	-9,938	,000	-18,456	-12,367	,807	1,239
	SEVERE_MATERIALIZED_DEPRIVATION	23,011	1,301	,589	17,689	,000	20,457	25,564	,693	1,443

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας

Ακολουθώντας θα πραγματοποιηθεί έλεγχος για να διαπιστωθεί πιθανό πρόβλημα πολυσυγγραμμικότητας (multicollinearity) των ανεξάρτητων μεταβλητών, δηλαδή η κατάσταση η οποία δημιουργείται όταν υπάρχουν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών στην πολλαπλή παλινδρόμηση. Στις περιπτώσεις που το πρόβλημα αυτό υφίσταται θα πρέπει κανείς να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην ερμηνεία όλων των εκτιμητριών που προκύπτουν από το μοντέλο αυτό.

Μια σημαντική ένδειξη του προβλήματος που προαναφέρθηκε είναι ο Πίνακας 2 των συντελεστών συσχέτισης (Correlation Matrix) των ανεξάρτητων μεταβλητών, στον οποίο οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στο μοντέλο έχουν μεταξύ τους ισχυρό βαθμό συσχέτισης. Στις ενδείξεις του προβλήματος κατατάσσεται το όχι τόσο υψηλό R^2 , ωστόσο οι ατομικοί συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικοί (p -value<5% και t -στατιστική >2), σύμφωνα με τον Πίνακα 5. Άρα σε περίπτωση που υπάρχει πολυσυγγραμμικότητα δε θα είναι καταστροφική.

Για τον τελικό έλεγχο προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει πολυσυγγραμμικότητα, ελέγχουμε το Συντελεστής Διόγκωσης Διακύμανσης (Variance Inflation Factor-VIF), ο οποίος μετρά τη πολυσυγγραμμικότητα ανά μεταβλητή. Ο συντελεστής σε όλες τις μεταβλητές είναι $VIF < 2$. Ταυτόχρονα για το Συντελεστής Ανεκτικότητας (Tolerance Coefficient-TOL), ο οποίος μετρά τη πολυσυγγραμμικότητα ανά μεταβλητή και είναι το αντίστροφο του VIF, ισχύει $TOL > 0,5$. Στην «χειρότερη» περίπτωση (COMMUT), το 60% της μεταβλητής δεν συσχετίζεται με τις υπόλοιπες 2 μεταβλητές. Η συσχέτιση

5. Στατιστική Ανάλυση και Απεικόνιση Περιφερειακών Μεγεθών

είναι της τάξης του 40%: αποδεκτό επίπεδο για να θεωρηθεί ότι, η πολυσυγγραμμικότητα δεν είναι καταστροφική.

Προκειμένου να ολοκληρωθεί ο τελικός έλεγχος, από τον πίνακα συσχέτισης (Πίνακας 6), ελέγχουμε τα Condition Index, τα οποία είναι γενικό μέτρο πολυσυγγραμμικότητας.

Παρατηρούμε ότι ισχύει $\Phi_j < 15$ για όλες τις μεταβλητές.

Πίνακας 6: Πίνακας συσχέτισης ερμηνευτικών μεταβλητών 1ης Παλινδρόμησης

Model		Eigenvalue	Condition Index
1	1	3,350	1,000
	2	,508	2,569
	3	,118	5,326
	4	,025	11,632

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

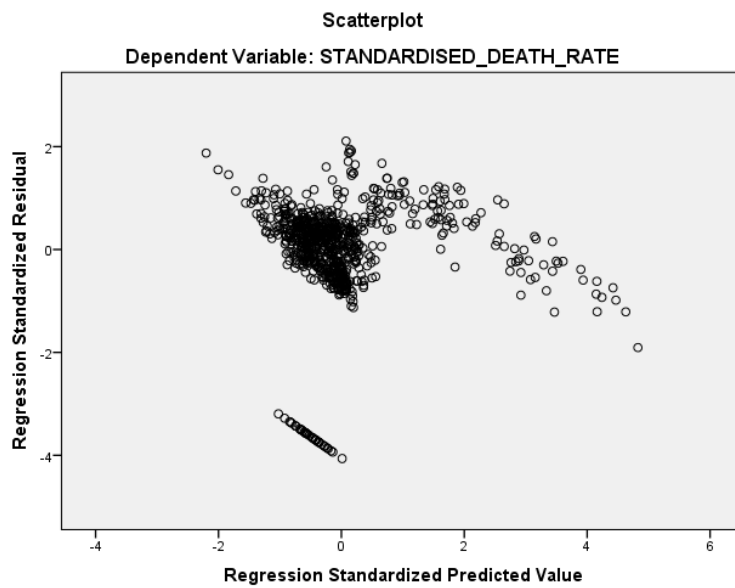
Τελικά δεν υπάρχει καταστροφικό πρόβλημα και μάλιστα ούτε πρόβλημα πολυσυγγραμμικότητας. Η γραμμική εξειδίκευση του υποδείγματος δεν αμφισβητείται και δεν τίθεται θέμα αφαίρεσης ερμηνευτικών μεταβλητών

Έλεγχος Ετεροσκεδαστικότητας

Επίσης, πρέπει να γίνει έλεγχος για ετεροσκεδαστικότητα. Βασική υπόθεση της γραμμικής παλινδρόμησης είναι ότι η διακύμανση του διαταρακτικού όρου εί παραμένει σταθερή, όποιες και εάν είναι οι τιμές των ερμηνευτικών μεταβλητών, διαφορετικά δε μπορούν να αιτιολογηθούν οι έλεγχοι του Student, ο έλεγχος F και τα διαστήματα εμπιστοσύνης διότι όλοι οι συγκεκριμένοι έλεγχοι εξαρτώνται από τη διακύμανση του διαταρακτικού όρου. Τα ακόλουθα διαγράμματα θα συμβάλλουν στον έλεγχο ετεροσκεδαστικότητας.

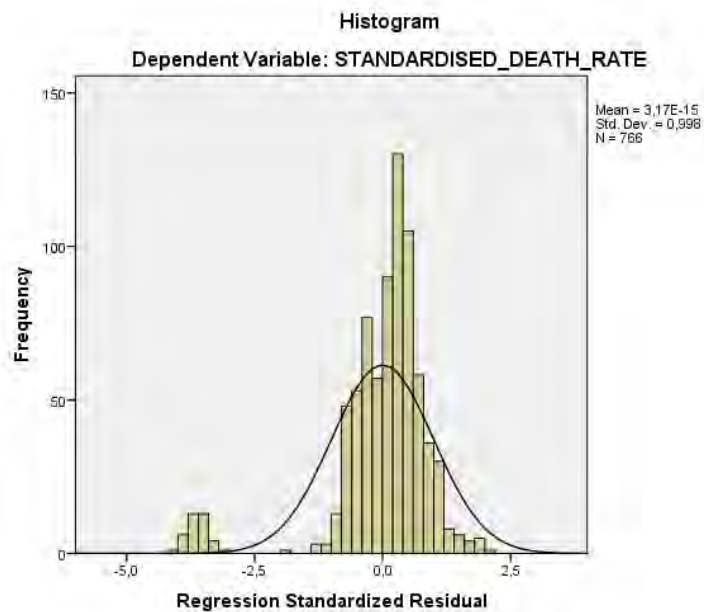
5. Στατιστική Ανάλυση και Απεικόνιση Περιφερειακών Μεγεθών

Διάγραμμα 1: Διαπίστωση της ετεροσκεδαστικότητας στην 1η Παλινδρόμηση



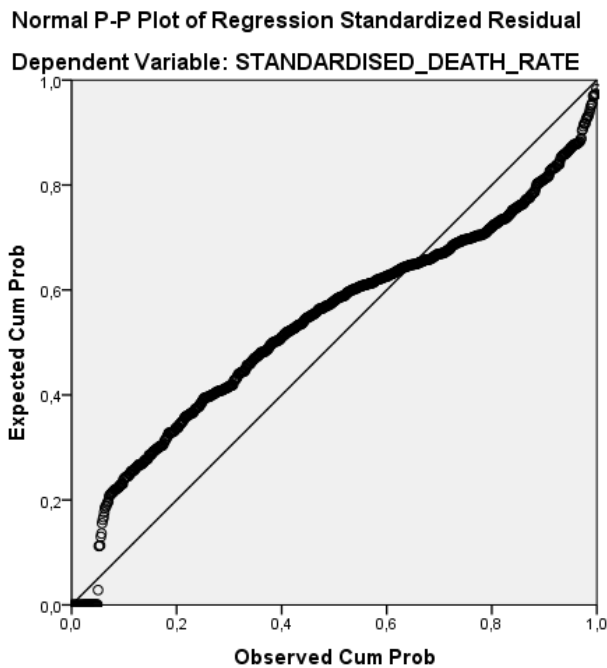
Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Διάγραμμα 2: Ιστόγραμμα στην 1η Παλινδρόμηση



Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Διάγραμμα 3: P-Plot 1ης Παλινδρόμησης



Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Όπως φαίνεται κι από το Διάγραμμα 1, μικρές τιμές για τον εκτιμώμενο σταθμισμένο δείκτη θανάτων (ZPRED) συσχετίζονται με μικρές, μεγάλες και μεσαίες τιμές των καταλοίπων (ZRESID). Το ίδιο ισχύει και για τις μεγάλες τιμές, οι οποίες συσχετίζονται με σχετικά μεγάλες τιμές των καταλοίπων. Σχετικά με τις μεσαίες τιμές ανάπτυξης, αυτές συσχετίζονται με σχετικά μεσαίες τιμές των καταλοίπων. Έτσι οδηγούμαστε σε αναξιόπιστα αποτελέσματα.

Στο ιστόγραμμα (Διάγραμμα 2), εμφανίζονται ακραίες τιμές. Επίσης, από το Normal Probability Plot (Διάγραμμα 3) φαίνεται ότι οι τιμές των καταλοίπων δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, καθώς εμφανίζονται σημαντικές αποκλίσεις από την ευθεία γραμμή.

Προκειμένου να επιλυθεί το πρόβλημα της ετεροσκεδαστικότητας αρχικά ένας συνηθισμένος τρόπος αλλά όχι πάντα αποτελεσματικός είναι να μετατραπεί η εξαρτημένη μεταβλητή σε λογαριθμική μορφή. Στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας εμφανίζονται οι πίνακες της συγκεκριμένης μεθόδου (Παράρτημα: ΔΟΚΙΜΗ_1). Ωστόσο το πρόβλημα ετεροσκεδαστικότητας παρέμεινε.

Συνεπώς πρέπει να επιλύσουμε το πρόβλημα της ετεροσκεδαστικότητας. Η επίλυση θα γίνει μέσω του αλγορίθμου White που διορθώνει τα τυπικά σφάλματα της MET όταν

υπάρχει ετεροσκεδαστικότητα. Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία White, ελέγχουμε τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης.

Αρχικά, δεν εμφανίζονται διαφορές στους πίνακες 3 και 4 (Πίνακας 3: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (A) 1^{ης} Παλινδρόμησης, Πίνακας 4: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (B) 1^{ης} Παλινδρόμησης).

Πίνακας 7: Πίνακας συντελεστών μετά τη διόρθωση WHITE

	B	SE	WHITE_SE	WT_VAL	SIG_WT
CONSTANT	1337,296	49,437	44,344	30,157	0,000
GDP_PC_PPS	-0,008	0,001	0,001	-7,075	0,000
AT_RISK_OF_POVERTY	-15,412	1,551	2,224	-6,930	0,000
SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	23,011	1,301	1,143	20,128	0,000

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Παρατηρούμε ότι οι συντελεστές δε αλλάζουν, είναι οι ίδιοι με αυτούς στον Πίνακα 5. Οι τιμές του t-Student αλλάζουν. Οι πραγματικές τιμές είναι αυτές του νέου πίνακα. Πλέον μπορεί να δημιουργηθεί το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης το οποίο είναι το εξής:

$$\text{STANDARDISED_DEATH_RATE} = 1337,296 - 0,008 * \text{GDP_PC_PPS} - 15,412 * \text{AT_RISK_OF_POVERTY} + 23,011 * \text{SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION} + \varepsilon,$$

όπου ε είναι το «σφάλμα» με τιμές $N(0, \sigma^2)$

Γενικές παρατηρήσεις επί της 1^{ης} Παλινδρόμησης

Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει ιδιαίτερη αξία καθώς απεικονίζει σε ικανοποιητικό βαθμό συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών, οι οποίες απεικονίζουν την ανάπτυξη και την υγεία στην Ευρώπη. Ωστόσο παραμένει προβληματικό σε κάποιο βαθμό καθώς εμφανίζεται το πρόβλημα της αυτοσυσχέτισης μεταξύ των συντελεστών.

Η αυτοσυσχέτιση μπορεί να οφείλεται σε παράλειψη σημαντικών μεταβλητών στο υπόδειγμα, μη ορθή μαθηματική εξειδίκευση του υποδείγματος, προβλήματα μέτρησης των ερμηνευτικών μεταβλητών, χρονικές υστερήσεις στα φαινόμενα που εξετάζονται όπως η επίδραση ορισμένων μεταβλητών σε περισσότερες από μια χρονικές περιόδους. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα δεδομένων για τις μεταβλητές υγείας αποτελεί ένα εμπόδιο στην μελέτη τέτοιων μεταβλητών. Ωστόσο η παλινδρόμηση που προηγήθηκε αποτελεί ένα βήμα προς την διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ της ανάπτυξης και της υγείας. Σχετικά με τις υποθέσεις που καταγράφηκαν, οι μεταβλητές

«GDP_PC_PPS» και «SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION» έλαβαν τα αναμενόμενα πρόσημα ενώ η μεταβλητή «AT_RISK_OF_POVERTY» έλαβε το αντίθετο. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα μπορεί να αιτιολογηθεί βάσει του υπάρχοντος επιστημονικού υποβάθρου στο κεφάλαιο των συμπερασμάτων.

Επίλυση προβλημάτων 1^{ου} μοντέλου στο πρόγραμμα EViews-Παρουσίαση τελικού μοντέλου

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προαναφερθέντα προβλήματα, τα δεδομένα εισήχθησαν στο Πρόγραμμα EViews και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Generalized least squares (GLS), η οποία είναι μια τεχνική για την εκτίμηση των άγνωστων παραμέτρων σε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης όταν υπάρχει ένας ορισμένος βαθμός συσχέτισης μεταξύ των υπολειμμάτων σε ένα μοντέλο παλινδρόμησης.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Period Sur η οποία επιτρέπει τη γενική συσχέτιση των υπολειμμάτων σε περιόδους και διορθώνει την ετεροσκεδαστικότητα και τη γενική συσχέτιση των παρατηρήσεων (clustering by cross section).

Οι μεταβλητές ήταν οι εξής: ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η «STANDARDISED_DEATH_RATE» και ως ερμηνευτικές μεταβλητές ορίστηκαν οι μεταβλητές «GDP_PC_PPS», «(GDP_PC_PPS)^2», «AT_RISK_OF_POVERTY», «SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION». Τα δεδομένα προς επεξεργασία αφορούσαν τα έτη 2006 έως 2010. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι τα εξής:

Πίνακας 8 : Πίνακας συντελεστών 1ης Παλινδρόμησης (EViews)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1.590.309	6.413.438	2.479.652	0.0000
AT_RISK_OF_POVERTY	-4.343.917	0.924172	-4.700.336	0.0000
SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	8.639.916	0.920333	9.387.813	0.0000
GDP_PC_PPS	-0.031193	0.004101	-7.605.873	0.0000
(GDP_PC_PPS)^2	4.14E-07	6.84E-08	6.052.939	0.0000

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 8, όλοι οι συντελεστές παρουσιάζουν πολύ καλό επίπεδο σημαντικότητας λαμβάνοντας ως επίπεδο εμπιστοσύνης το 5% ($p\text{-value} < 0,05$). Το πρόσημο κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής είναι το αναμενόμενο, σύμφωνα με τις υποθέσεις στην αρχή του κεφαλαίου. Το πρόσημο το οποίο δεν είχε προβλεφθεί στις υποθέσεις είναι αυτό της μεταβλητής «AT_RISK_OF_POVERTY».

Πίνακας 9 : Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου της 1ης Παλινδρόμησης (EViews)

R-squared	0.372712	Mean dependent var	2.811.630
Adjusted R-squared	0.369595	S.D. dependent var	2.754.005
S.E. of regression	0.826568	Sum squared resid	5.499.876
F-statistic	1.195.757	Durbin-Watson stat	1.737.995
Prob(F-statistic)	0.000000		

Πηγή: Eurostat 2006-2010, Ιδία Επεξεργασία

Όπως φαίνεται κι από τον Πίνακα 9, το υπόδειγμα εξηγεί ικανοποιητικό ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (37,2%). Ο συντελεστής αυτός υποδεικνύει ότι η ποιότητα προσαρμογής της γραμμής παλινδρόμησης στα δεδομένα είναι περίπου σε ποσοστό 37%, το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, ωστόσο αυτό δε δημιουργεί πρόβλημα στο μοντέλο και δεν επηρεάζει τη συσχέτιση των στατιστικά σημαντικών συντελεστών με την εξαρτημένη μεταβλητή. Άλλωστε για τη φύση του αντικειμένου που πραγματεύεται η παρούσα εργασία, θεωρούμε ότι είναι αρκετά ικανοποιητικό. Επίσης, ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού, ο οποίος λαμβάνει υπόψη το μέγεθος και τον αριθμό των συντελεστών, παραμένει στην τάξη του 37% (36,9%), συνεπώς υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης δε θα είναι τυχαία. Ο συντελεστής Durbin-Watson, με τον οποίο ελέγχεται η αυτοσυσχέτιση υποδηλώνει την απουσία αυτοσυσχέτισης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 9, ο συντελεστής σημαντικότητας είναι μικρότερος του 0,001 ($p\text{-value} < 0,001$), σαφέστατα μικρότερος του 5%, συνεπώς εντοπίζεται πράγματι σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Πλέον μπορεί να δημιουργηθεί το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης το οποίο είναι το εξής:

$$\begin{aligned} \text{STANDARDISED_DEATH_RATE} = & 1590309 - 0.031193 * \text{GDP_PC_PPS} - \\ & 4343917 * \text{AT_RISK_OF_POVERTY} + \\ & 8639916 * \text{SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION} + 4.14 * 10^{-7} * (\text{GDP_PC_PPS})^2 + \varepsilon, \end{aligned}$$

όπου ε είναι το «σφάλμα» με τιμές $N(0, \sigma^2)$

Όσον αφορά την τετραγωνική σχέση μεταξύ της μεταβλητής STANDARDISED_DEATH_RATE και GDP_PC_PPS πρέπει να σημειωθεί ότι το σημείο καμπής (turning point) στη μεταξύ τους σχέση είναι το GDP_PC_PPS: 37683.76511. Οδηγούμαστε, ενδεχομένως, στο συμπέρασμα ότι η τιμή του σταθμισμένου δείκτη θανάτων μειώνει για κάποιο συγκεκριμένο φάσμα τιμών του Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ και αυξάνεται για κάποιο διαφορετικό φάσμα.

Τα αποτελέσματα του διορθωμένου μοντέλου επεξηγούνται στο κεφάλαιο των συμπερασμάτων.

5.3 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του προσδόκιμου ζωής

Αρχικά, στην παλινδρόμηση που εκτελείται ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η «LIFE_EXPECTANCY», η οποία εκφράζει το προσδόκιμο ζωής. Ως ερμηνευτικές μεταβλητές ορίστηκαν οι μεταβλητές «LN_GDP_PC_PPS», και «EARLY_LEAVERS». Για το μοντέλο που τελικά παρουσιάστηκε προηγήθηκαν κάποιες δοκιμές (Παράρτημα: ΔΟΚΙΜΗ_2 – ΔΟΚΙΜΗ_4) Τα δεδομένα αφορούσαν τα έτη 2013 έως 2016.

Αναμένονται τα εξής:

- Θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ερμηνευτικής μεταβλητής «LN_GDP_PC_PPS», καθώς η οικονομική ευμάρεια μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένο βιοτικό επίπεδο σε πολλές περιπτώσεις και να συμβάλλει στην αντιμετώπιση διαφόρων αιτιών θανάτου. Έτσι αναμένεται το προσδόκιμο ζωής να είναι μεγαλύτερο για περιφέρειες οι οποίες έχουν μεγαλύτερο ΚΚ ΑΕΠ. Άλλωστε το προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται βάσει των επικρατουσών κοινωνικών συνθηκών το αντίστοιχο έτος. Η πιο προφανής εξήγηση πίσω από τη σχέση που αναμένεται ανάμεσα στο προσδόκιμο ζωής και το εισόδημα είναι η επίδραση της διαθεσιμότητας υλικών στοιχείων στη θνησιμότητα. Τα υψηλότερα εισοδήματα μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να συνεπάγονται επίσης καλύτερη πρόσβαση στη στέγαση, την εκπαίδευση, τις υπηρεσίες υγείας και άλλα αντικείμενα που τείνουν να οδηγήσουν σε βελτίωση της υγείας, δηλαδή χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και υψηλότερο προσδόκιμο ζωής. Δεν προκαλεί λοιπόν έκπληξη το γεγονός ότι το συνολικό εισόδημα υπήρξε ιστορικά ένας δείκτης του προσδόκιμου ζωής (Gokce et al., 2016).
- Αρνητική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ερμηνευτικής μεταβλητής «EARLY_LEAVERS». Δηλαδή αναμένεται όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ατόμων που δεν συνεχίζουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ή με κάποια μορφή κατάρτισης, τόσο μικρότερο να θεωρείται το προσδόκιμο ζωής. Αυτή η πρόβλεψη στηρίζεται σε κάποιο βαθμό στην παραδοχή ότι άτομα τα οποία συνεχίζουν περαιτέρω με την εκπαίδευσή τους πιθανώς να αποκτήσουν μεγαλύτερο εισόδημα και να έχουν καλύτερη πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες (Brunello & Paola, 2014).

5.4 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της 2ης πολλαπλής παλινδρόμησης

Στον Πίνακα 10 εξετάζεται η μεταβλητότητα. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι η μεταβλητότητα ($CV = \text{Std. Deviation} / \text{Mean}$) κινείται σε διαφορετικά επίπεδα για τις τρεις μεταβλητές.

Πίνακας 10 : Διακύμανση μεταβλητών 2ης Παλινδρόμησης

	Mean	Std. Deviation	N	CV
LIFE_EXPECTANCY	80,710	2,4234	1033	3%
EARLY_LEAVERS	11,3823	5,46996	1033	48%
LN_GDP_PC_PPS	10,120134850	,4783311200	1033	5%

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Η εξέταση του πίνακα συσχετίσεων (Πίνακας 11), οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, οι περισσότερες μεταβλητές συσχετίζονται έντονα μεταξύ τους. Οι περισσότερες p-values είναι μικρότερες από το 5% και ακόμα και στις περιπτώσεις που κάποιες ξεπερνούν το 5%, δεν ισχύει συστηματικά ώστε να υπάρχει πρόβλημα στις μεταβλητές.

Ωστόσο, αυτό είναι μία ένδειξη προβλήματος πολυσυγγραμμικότητας, το οποίο θα εξεταστεί στη συνέχεια της ενότητας.

Πίνακας 11: Πίνακας συσχετίσεων 2ης Παλινδρόμησης

		LIFE_EXPE CTANCY	EARLY_LE AVERS	LN_GDP_PC _PPS
Pearson Correlation	LIFE_EXPECTANCY	1,000	-,036	,426
	EARLY_LEAVERS	-,036	1,000	-,239
	LN_GDP_PC_PPS	,426	-,239	1,000
Sig. (1- tailed)	LIFE_EXPECTANCY		,127	,000
	EARLY_LEAVERS	,127		,000
	LN_GDP_PC_PPS	,000	,000	
N	LIFE_EXPECTANCY	1033	1033	1033
	EARLY_LEAVERS	1033	1033	1033
	LN_GDP_PC_PPS	1033	1033	1033

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Όπως φαίνεται κι από τον Πίνακα 12, το υπόδειγμα εξηγεί ικανοποιητικό ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (18,6%). Ο συντελεστής αυτός υποδεικνύει ότι η ποιότητα προσαρμογής της γραμμής παλινδρόμησης στα δεδομένα είναι περίπου σε ποσοστό 19%, το οποίο δεν είναι υψηλό, ωστόσο αυτό δε δημιουργεί πρόβλημα στο μοντέλο και δεν επηρεάζει τη συσχέτιση των στατιστικά σημαντικών συντελεστών με την εξαρτημένη μεταβλητή. Άλλωστε για τη φύση του αντικειμένου που πραγματεύεται η παρούσα εργασία, θεωρούμε ότι είναι ικανοποιητικό. Επίσης, ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού, ο οποίος λαμβάνει υπόψη το μέγεθος και τον αριθμό των συντελεστών, παραμένει στην τάξη του 18% (18,4%), συνεπώς υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης δε θα είναι τυχαία. Ο συντελεστής Durbin-Watson, με τον οποίο ελέγχεται η αυτοσυσχέτιση υποδηλώνει θετική αυτοσυσχέτιση, συνεπώς είναι απαραίτητη η αλλαγή του μοντέλου. Σύμφωνα με τον Πίνακα 13, ο συντελεστής σημαντικότητας είναι μικρότερος του 0,001 ($p\text{-value} < 0,001$), σαφέστατα μικρότερος του 5%, συνεπώς εντοπίζεται πράγματι σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 12: Πίνακας συσχετίσεων 2ης Παλινδρόμησης

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,431 ^a	,186	,184	2,1887	,186	117,594	2	1030	,000	,363

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Πίνακας 13: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου (B) 2ης Παλινδρόμησης

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1126,626	2	563,313	117,594	,000 ^b
	Residual	4934,014	1030	4,790		
	Total	6060,639	1032			

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 14, όλοι οι συντελεστές παρουσιάζουν πολύ καλό επίπεδο σημαντικότητας λαμβάνοντας ως επίπεδο εμπιστοσύνης το 5% ($p\text{-value} < 0,05$). Το

πρόσημο κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής δεν είναι το αναμενόμενο, σύμφωνα με τις υποθέσεις στην αρχή του κεφαλαίου. Το πρόσημο το οποίο δεν είχε προβλεφθεί στις υποθέσεις είναι αυτό της μεταβλητής «EARLY_LEAVERS».

Πίνακας 14: Πίνακας συντελεστών 2ης Παλινδρόμησης

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Bound	Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	57,672	1,527		37,761	,000	54,675	60,669		
	EARLY_LEAVERS	,031	,013	,070	2,417	,016	,006	,056	,943	1,060
	LN_GDP_PC_PPS	2,242	,147	,442	15,284	,000	1,954	2,529	,943	1,060

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας

Ακολούθως θα πραγματοποιηθεί έλεγχος για να διαπιστωθεί πιθανό πρόβλημα πολυσυγγραμμικότητας (multicollinearity) των ανεξάρτητων μεταβλητών. Μια σημαντική ένδειξη του προβλήματος που προαναφέρθηκε είναι ο Πίνακας 11 των συντελεστών συσχέτισης (Correlation Matrix) των ανεξάρτητων μεταβλητών, στον οποίο οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στο μοντέλο έχουν μεταξύ τους ισχυρό βαθμό συσχέτισης. Στις ενδείξεις του προβλήματος κατατάσσεται το όχι τόσο υψηλό R^2 , ωστόσο οι ατομικοί συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικοί (p -value<5% και t -στατιστική >2), σύμφωνα με τον Πίνακα 14. Άρα σε περίπτωση που υπάρχει πολυσυγγραμμικότητα δε θα είναι καταστροφική.

Για τον τελικό έλεγχο προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει πολυσυγγραμμικότητα, ελέγχουμε το Συντελεστή Διόγκωσης Διακύμανσης (Variance Inflation Factor-VIF), ο οποίος μετρά τη πολυσυγγραμμικότητα ανά μεταβλητή. Ο συντελεστής σε όλες τις μεταβλητές είναι $VIF < 2$. Ταυτόχρονα για το Συντελεστή Ανεκτικότητας (Tolerance Coefficient-TOL), ο οποίος μετρά τη πολυσυγγραμμικότητα ανά μεταβλητή και είναι το αντίστροφο του VIF, ισχύει $TOL > 0,5$.

Προκειμένου να ολοκληρωθεί ο τελικός έλεγχος, από τον πίνακα συσχέτισης (Πίνακας 15), ελέγχουμε τα Condition Index, τα οποία είναι γενικό μέτρο πολυσυγγραμμικότητας. Παρατηρούμε ότι ισχύει $\Phi_j < 15$ για όλες τις μεταβλητές εκτός της τρίτης, συνεπώς υπάρχει πρόβλημα πολυσυγγραμμικότητας.

Πίνακας 15: Πίνακας συσχέτισης ερμηνευτικών μεταβλητών 2ης Παλινδρόμησης

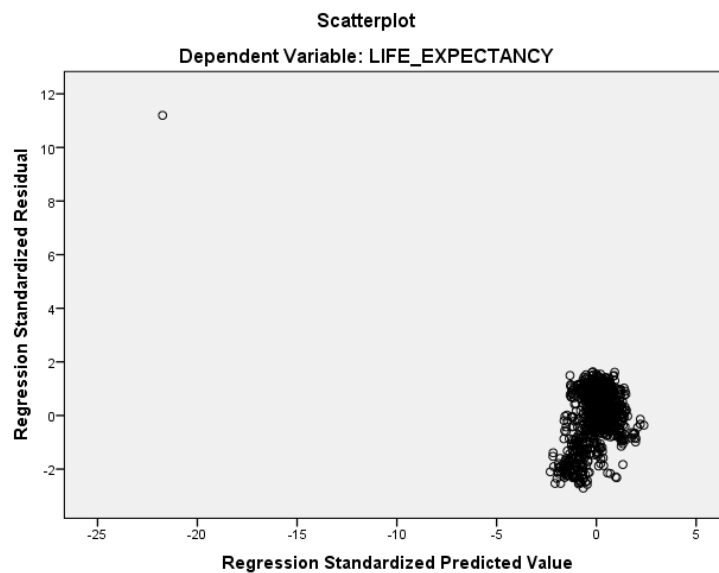
Model		Eigenvalue	Condition Index
1	1	2,865	1,000
	2	,134	4,619
	3	,001	52,905

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Έλεγχος Ετεροσκεδαστικότητας

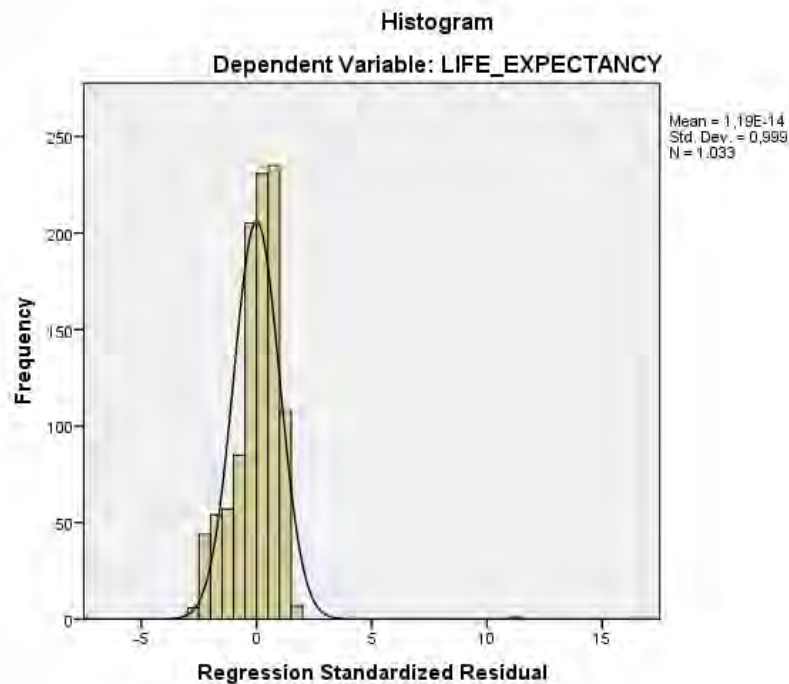
Επίσης, πρέπει να γίνει έλεγχος για ετεροσκεδαστικότητα. Τα ακόλουθα διαγράμματα θα συμβάλλουν στον έλεγχο ετεροσκεδαστικότητας.

Διάγραμμα 4: Διαπίστωση της ετεροσκεδαστικότητας στην 2η Παλινδρόμηση



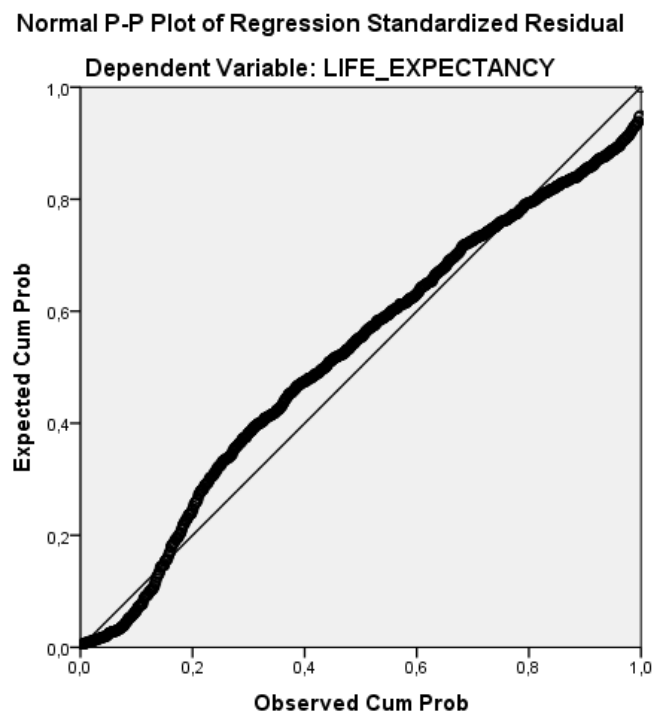
Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Διάγραμμα 5: Ιστόγραμμα στην 2η Παλινδρόμηση



Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Διάγραμμα 6: P-Plot 2ης Παλινδρόμησης



Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Όπως φαίνεται κι από το Διάγραμμα 4, οι μεγάλες τιμές για τον εκτιμώμενο δείκτη προσδόκιμου ζωής (ZPRED) συσχετίζονται με μικρές τιμές των καταλοίπων (ZRESID). Παρατηρούμε και μία ακραία περίπτωση που δεν υπακούει στο συγκεκριμένο κανόνα. Έτσι οδηγούμαστε σε κάποιο βαθμό αναξιοπιστίας.

Στο ιστόγραμμα (Διάγραμμα 5), εμφανίζονται ακραίες τιμές αλλά όχι σε σημαντικό βαθμό. Επίσης, από το Normal Probability Plot (Διάγραμμα 6) φαίνεται ότι οι τιμές των καταλοίπων δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, καθώς εμφανίζονται αποκλίσεις σε κάποιο βαθμό από την ευθεία γραμμή. Ωστόσο δεν εμφανίζεται μεγάλο πρόβλημα ετεροσκεδαστικότητας. Πλέον μπορεί να δημιουργηθεί το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης το οποίο είναι το εξής:

$$\text{LIFE_EXPECTANCY} = 57,672 + 0,31 * \text{EARLY_LEAVERS} + 2,242 \ln(\text{GDP_PC_PPS}) + \varepsilon,$$

όπου ε είναι το «σφάλμα» με τιμές $N(0, \sigma^2)$

Η ερμηνεία των συντελεστών παλινδρόμησης για τις μη λογαριθμικές μεταβλητές παραμένει αμετάβλητη ενώ λόγω του λογαριθμικού μετασχηματισμού, τα υπολογιζόμενα αποτελέσματα του Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ σε ΜΑΔ δεν είναι πλέον γραμμικά, αν και η επίδραση του $\ln(\text{GDP_PC_PPS})$ είναι γραμμική.

Γενικές παρατηρήσεις επί της 2^{ης} Παλινδρόμησης

Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει ιδιαίτερη αξία καθώς απεικονίζει σε ικανοποιητικό βαθμό συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών, οι οποίες απεικονίζουν την ανάπτυξη και την υγεία στην Ευρώπη. Ωστόσο παραμένει προβληματικό σε κάποιο βαθμό καθώς εμφανίζεται το πρόβλημα της αυτοσυσχέτισης μεταξύ των συντελεστών. Οι πιθανές αιτίες της αυτοσυσχέτισης αναφέρθηκαν και στην περίπτωση της 1^{ης} Παλινδρόμησης. Η παλινδρόμηση που προηγήθηκε έχει ιδιαίτερη αξία καθώς το προσδόκιμο ζωής είναι ένας δείκτης που λαμβάνει υπόψη διαφορετικές παραμέτρους. Σχετικά με τις υποθέσεις που καταγράφηκαν η μεταβλητή «LN_GDP_PC_PPS», έχει το αναμενόμενο πρόσημο ενώ η μεταβλητή «EARLY_LEAVERS» έχει το αντίθετο. Η ερμηνεία των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων θα παρουσιαστεί στο κεφάλαιο των συμπερασμάτων.

Επίλυση προβλημάτων 2^{ου} μοντέλου στο πρόγραμμα EViews-Παρουσίαση τελικού μοντέλου

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προαναφερθέντα προβλήματα, τα δεδομένα εισήχθησαν στο Πρόγραμμα EViews και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Generalized least squares (GLS), μέθοδος Period Sur, όπως αναλύθηκε και στην προηγούμενη περίπτωση.

Οι μεταβλητές ήταν οι εξής: ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η «LIFE_EXPECTANCY», και ως ερμηνευτικές μεταβλητές ορίστηκαν οι μεταβλητές «GDP_PC_PPS», «(GDP_PC_PPS)^2», «EARLY_LEAVERS» και οι ψευδομεταβλητές DUMMY_2013, DUMMY_2014, DUMMY_2015. Οι ψευδομεταβλητές αφορούν τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των ετών ως προς τα ισχύοντα μακροοικονομικά δεδομένα, κοινωνικά δεδομένα και γενικότερα στοιχεία που αφορούν την διαμόρφωση των επικρατουσών συνθηκών ζωής. Τα δεδομένα αφορούσαν τα έτη 2013 έως 2016. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι τα εξής:

Πίνακας 16: Πίνακας συντελεστών 1ης Παλινδρόμησης (EViews)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	7.569.290	0.492344	1.537.397	0.0000
GDP_PC_PPS	0.000277	2.77E-05	1.000.697	0.0000
(GDP_PC_PPS)^2	-2.89E-09	3.89E-10	-7.433.900	0.0000
EARLY_LEAVERS	0.015703	0.006238	2.517.357	0.0120
DUMMY_2013	-0.209440	0.038858	-5.389.940	0.0000
DUMMY_2014	0.054149	0.029329	1.846.249	0.0651
DUMMY_2015	-0.304150	0.024186	-1.257.565	0.0000

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 16, όλοι οι συντελεστές παρουσιάζουν πολύ καλό επίπεδο σημαντικότητας λαμβάνοντας ως επίπεδο εμπιστοσύνης το 10% ($p\text{-value} < 0,09$). Το πρόσημο κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής δεν είναι το αναμενόμενο, σύμφωνα με τις υποθέσεις στην αρχή του κεφαλαίου. Το πρόσημο το οποίο δεν είχε προβλεφθεί στις υποθέσεις είναι αυτό της μεταβλητής «EARLY_LEAVERS».

Πίνακας 17: Συνοπτική παρουσίαση του μοντέλου της 1ης Παλινδρόμησης (EViews)

R-squared	0.351933	Mean dependent var	1.119.290
Adjusted R-squared	0.348282	S.D. dependent var	1.956.969
S.E. of regression	0.880548	Sum squared resid	8.257.626
F-statistic	9.639.144	Durbin-Watson stat	2.118.716
Prob(F-statistic)	0.000000		

Πηγή: Eurostat 2013-2016, Ιδία Επεξεργασία

Όπως φαίνεται κι από τον Πίνακα 17, το υπόδειγμα εξηγεί ικανοποιητικό ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (35,1%). Ο συντελεστής αυτός υποδεικνύει ότι η ποιότητα προσαρμογής της γραμμής παλινδρόμησης στα δεδομένα είναι περίπου σε ποσοστό 35%, το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, ωστόσο αυτό δε δημιουργεί πρόβλημα στο μοντέλο και δεν επηρεάζει τη συσχέτιση των στατιστικά σημαντικών συντελεστών με την εξαρτημένη μεταβλητή. Άλλωστε για τη φύση του αντικειμένου που πραγματεύεται η παρούσα εργασία, θεωρούμε ότι είναι αρκετά ικανοποιητικό. Επίσης, ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού, ο οποίος λαμβάνει υπόψη το μέγεθος και τον αριθμό των συντελεστών, παραμένει στην τάξη του 35% (34,8%), συνεπώς υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης δε θα είναι τυχαία. Ο συντελεστής Durbin-Watson, με τον οποίο ελέγχεται η αυτοσυσχέτιση υποδηλώνει την απουσία αυτοσυσχέτισης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 17, ο συντελεστής σημαντικότητας είναι μικρότερος του 0,001 ($p\text{-value} < 0,001$), σαφέστατα μικρότερος του 5%, συνεπώς εντοπίζεται πράγματι σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Πλέον μπορεί να δημιουργηθεί το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης το οποίο είναι το εξής:

$$\begin{aligned} \text{LIFE_EXPECTANCY} = & 7569290 + 0.015703 \cdot \text{EARLY_LEAVERS} + \\ & 0.000277 \cdot \text{GDP_PC_PPS} - 2.89 \cdot 10^{-9} \cdot (\text{GDP_PC_PPS})^2 - 0.209440 \cdot \text{DUMMY_2013} + \\ & 0,054149 \cdot \text{DUMMY_2014} - 0,304150 \cdot \text{DUMMY_2015} + \varepsilon, \end{aligned}$$

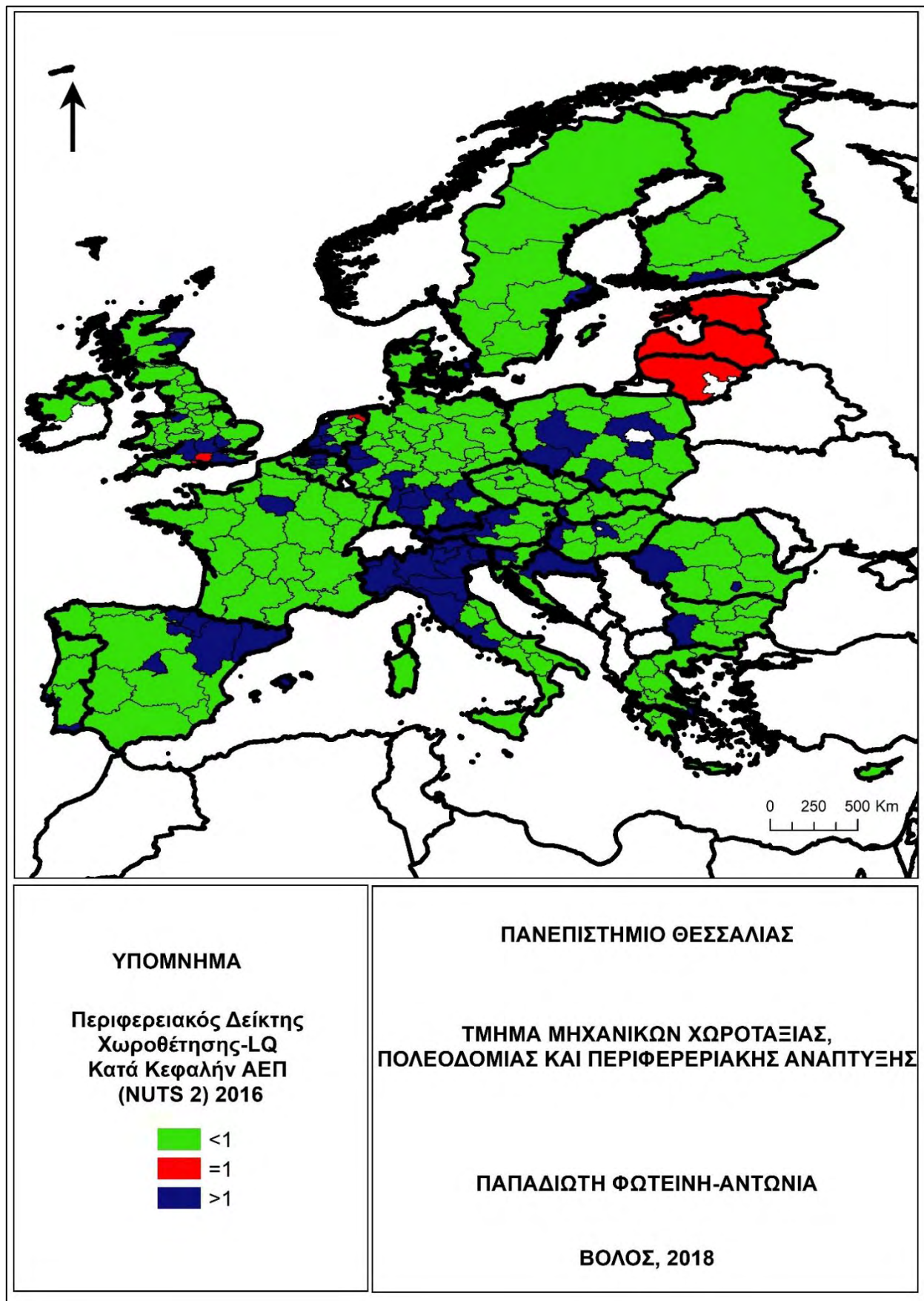
όπου ε είναι το «σφάλμα» με τιμές $N(0, \sigma^2)$

Όσον αφορά την τετραγωνική σχέση μεταξύ της μεταβλητής LIFE_EXPECTANCY και GDP_PC_PPS πρέπει να σημειωθεί ότι το σημείο καμπής (turning point) στη μεταξύ τους σχέση είναι το GDP_PC_PPS: 47989.42559. Οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η τιμή του προσδόκιμου ζωής αυξάνει για κάποιο συγκεκριμένο φάσμα τιμών του Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ και μειώνεται για κάποιο διαφορετικό φάσμα. Τα αποτελέσματα του διορθωμένου μοντέλου επεξηγούνται στο κεφάλαιο των συμπερασμάτων.

5.5. Απεικόνισή περιφερειακών μεγεθών

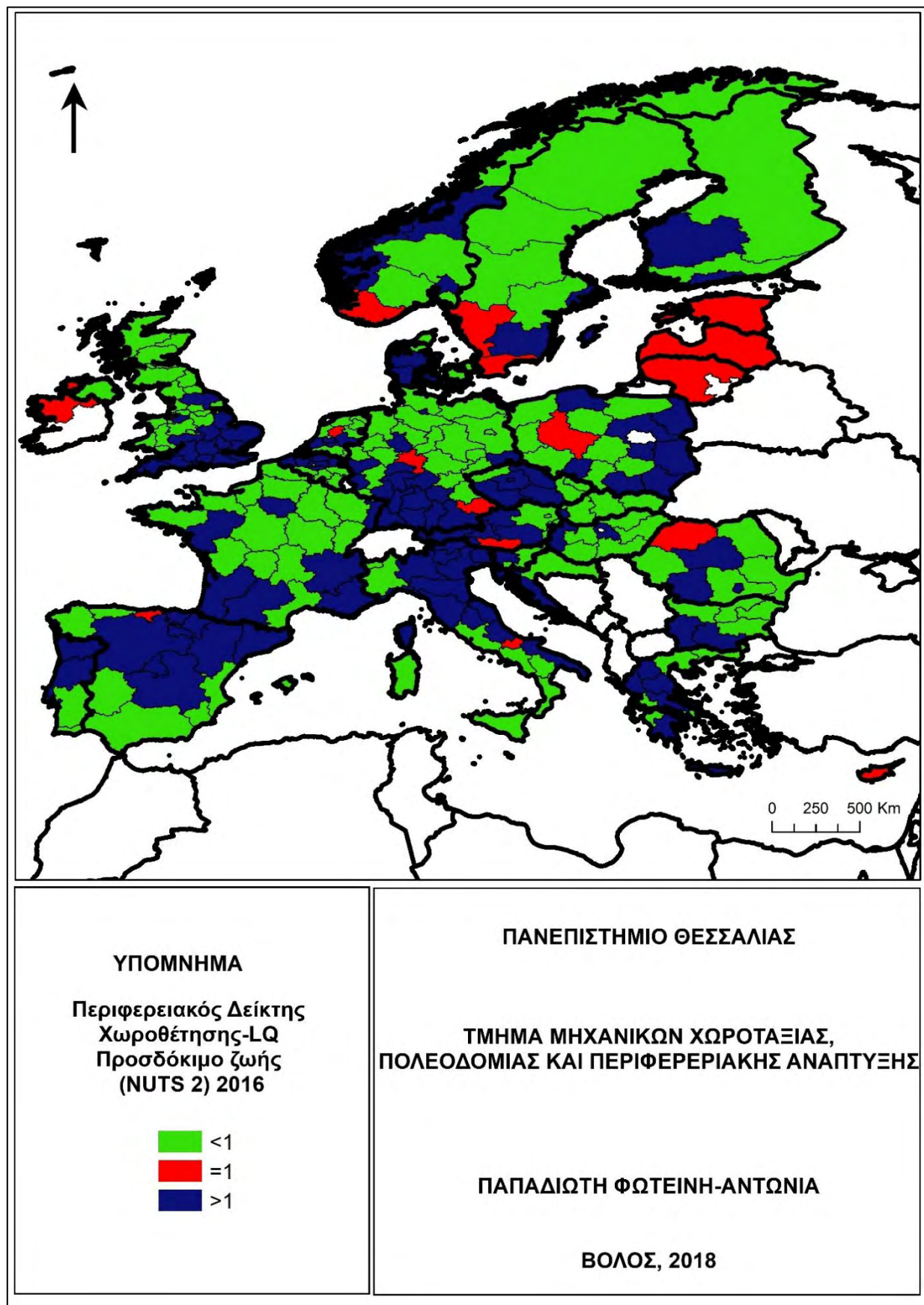
Οι περιφερειακές ανισότητες είναι πραγματικότητα όχι μόνο για περιφέρειες διαφορετικών χωρών αλλά και για περιφέρειες της ίδιας χώρας. Στη συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάζονται χάρτες που έχουν δημιουργηθεί βάσει του Δείκτη LQ, για τις μελετώμενες μεταβλητές για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα. Η απεικόνιση του συγκεκριμένου δείκτη μπορεί να εκφράσει συνδυαστικά με τη μελέτη του θεωρητικού υποβάθρου τις ανισότητες που παρατηρούνται εντός των χωρών και τον τρόπο που διαφοροποιούνται οι περιοχές ως προς την αναπτυξιακή δυναμική τους. Αρχικά παρουσιάζεται η χαρτογραφική απεικόνιση του δείκτη LQ για τις διαθέσιμες μεταβλητές και ακολούθως αναλύονται οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται.

Χάρτης 7: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ (NUTS 2) 2016



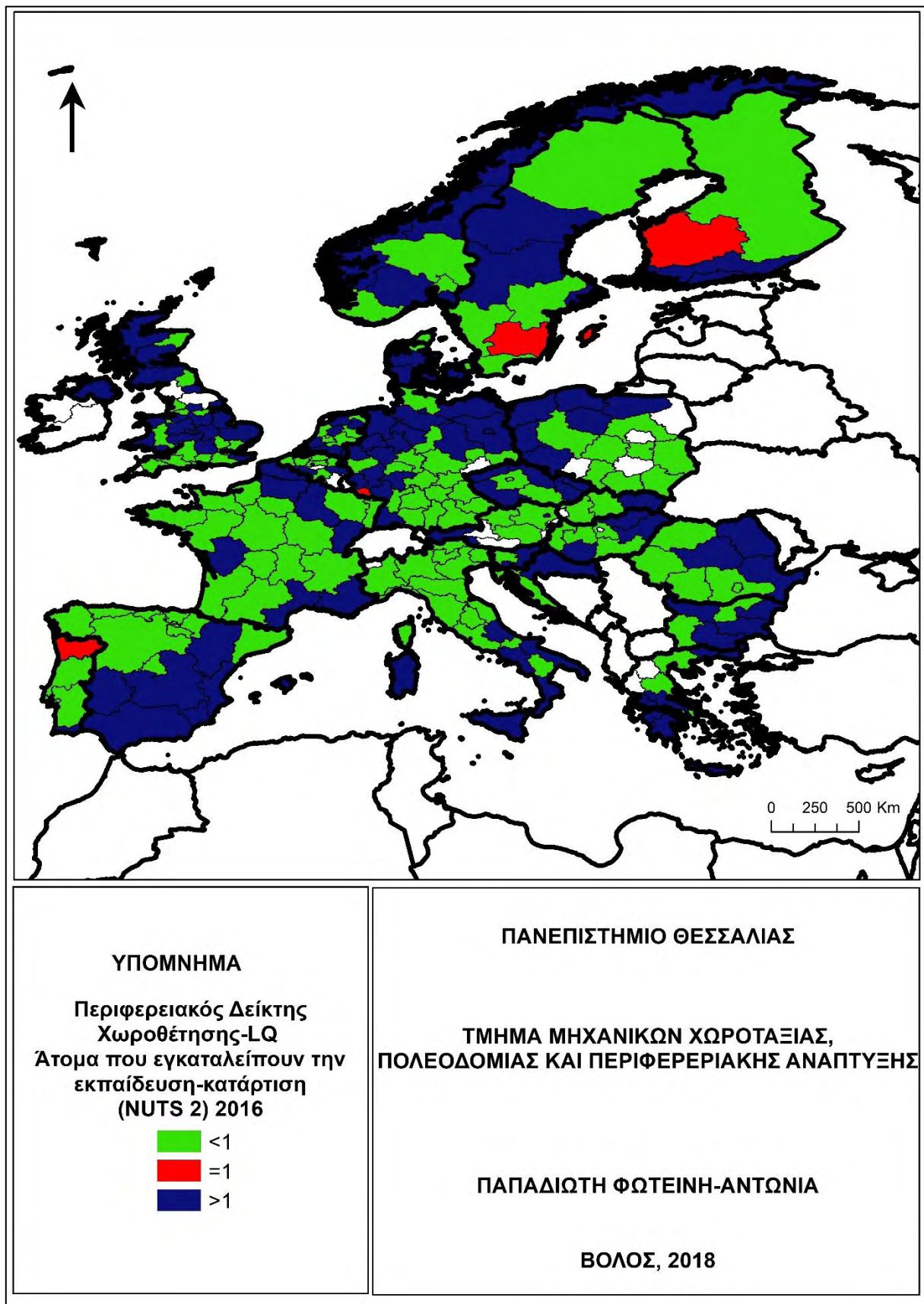
Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

Χάρτης 8: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Προσδόκιμο ζωής (NUTS 2) 2016



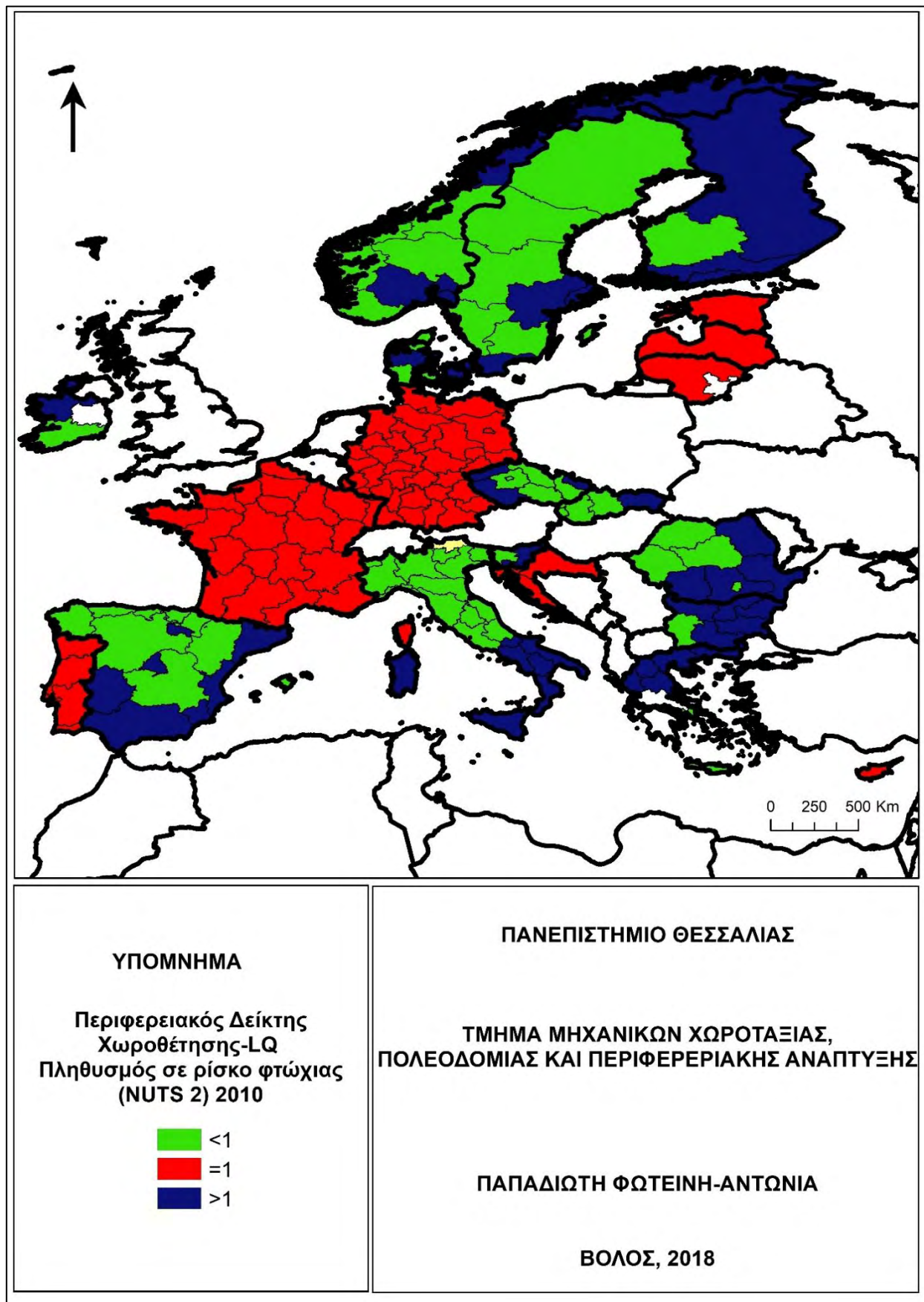
Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

Χάρτης 9: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Άτομα που εγκαταλείπουν την εκπαίδευση-κατάρτιση (NUTS 2) 2016



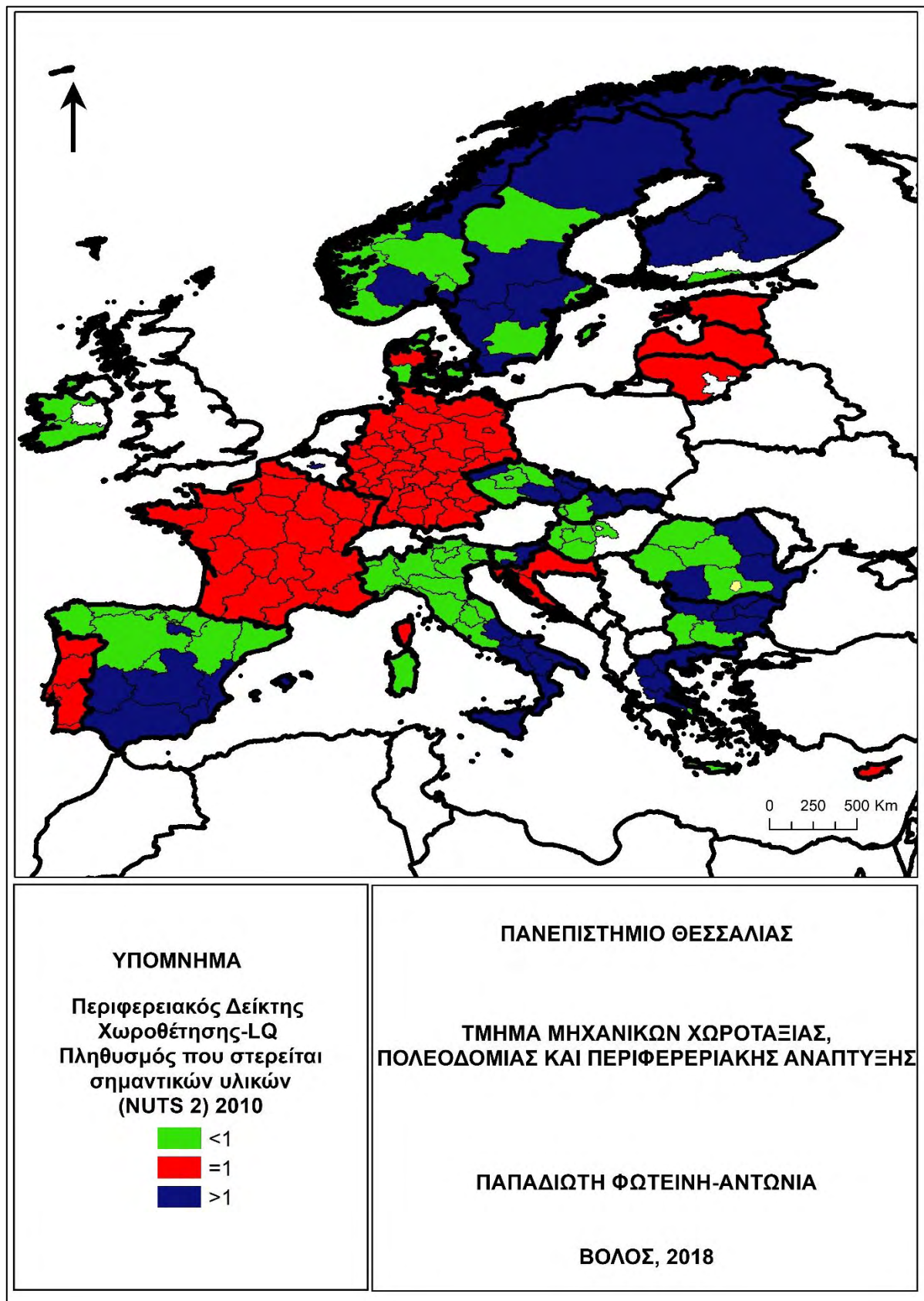
Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

Χάρτης 10: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Πληθυσμός σε ρίσκο φτώχειας (NUTS 2) 2016



Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

Χάρτης 11: Περιφερειακός Δείκτης Χωροθέτησης-LQ Πληθυσμός που στερείται σημαντικών υλικών (NUTS 2) 2016



Πηγή: (Eurostat,2018),Ιδία Επεξεργασία

Στους χάρτες που προηγήθηκαν στην παρούσα ενότητα, αποτυπώνονται οι διαφορές των περιφερειών της ίδιας χώρας (EU-28) ως προς τις διαφορετικές μεταβλητές. Σε όλους του χάρτες παρατηρείται η ύπαρξη περιφερειών που χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερα ή μικρότερα μεγέθη συγκριτικά με τον εκάστοτε εθνικό μέσο όρο.

Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται μεταξύ των περιφερειών αποτυπώνουν το υπαρκτό αναπτυξιακό χάσμα όχι μόνο μεταξύ των διαφορετικών χωρών, αλλά και εντός της ίδιας χώρας. Τα διαφορετικά γεωγραφικά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με την οικονομική δυναμική της κάθε χωρικής ενότητας διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών τους. Η ποιότητα ζωής των κατοίκων της κάθε περιοχής μπορεί να είναι αποτέλεσμα όχι μόνο των οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών που αναφέρθηκαν αλλά και αποτέλεσμα γενικότερων πολιτικών που αφορούν τη χωροθέτηση βασικών υπηρεσιών όπως η υγεία και η εκπαίδευση. Επίσης ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν οι μεταφορικές υποδομές. Ακόμη, ιδιαίτερη επιρροή, θετική είτε αρνητική μπορεί να ασκεί η παρουσία σημαντικών μητροπολιτικών κέντρων και πιθανών οικονομιών κλίμακας που δημιουργούνται (Πολύζος, 2011).

Οι μεταβλητές για τις οποίες απεικονίζεται ο δείκτης χωροθέτησης, εκφράζουν σε κάποιο βαθμό τις έννοιες της ανάπτυξης και της υγείας. Συνεπώς οι διαφοροποιήσεις που καταγράφηκαν είναι αποτέλεσμα τόσο ιστορικών εξελίξεων όσο και στρατηγικού σχεδιασμού. Είναι συχνά αναπόφευκτο να δημιουργούνται διαφορετικοί ρυθμοί ανάπτυξης καθώς δε ξεκινά η εξέλιξη σε όλες τις περιοχές με τα ίδια δεδομένα, ωστόσο έχει ιδιαίτερη αξία η διαμόρφωση του σχεδιασμού με τέτοιο τρόπο ώστε διαχρονικά να μην υπάρχουν περιοχές που χαρακτηρίζονται από υστέρηση.

Ο στόχος της χαρτογραφικής απεικόνισης που προηγήθηκε, είναι να τονιστεί η παρουσία των ανισοτήτων όχι μόνο στο σύνολο της Ευρώπης αλλά και εντός της κάθε χώρας. Συνεπώς το κάθε κράτος μέλος δεν είναι μονοδιάστατο αλλά αποτελείται από διαφορετικές χωρικές ενότητες με διαφορετικές ανάγκες και προοπτικές. Ο λεπτομερής υπολογισμός του δείκτη LQ βρίσκεται σε ηλεκτρονική μορφή στο cd του τεύχους.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα παρουσιαστούν βασικά σημεία της παρούσας εργασίας, θα εξηγηθούν βάσει του θεωρητικού υποβάθρου και θα προκύψουν προτάσεις οι οποίες αφορούν την πολιτική σχεδιασμού. Ακόμη θα παρουσιαστούν προτάσεις μελλοντικής έρευνας όπως προκύπτουν από την επεξεργασία του υπάρχοντος θέματος.

6.1 Σύνοψη και ανάλυση βασικών σημείων

Συμπερασματικά, η Ευρώπη είναι μία ήπειρος, η οποία διατηρώντας την πολυμορφία της έχει ενωθεί εντός ενός κοινού θεσμού, της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το κοινωνικοοικονομικό χάσμα αλλά και οι δομικές αποκλίσεις μεταξύ των χωρών είναι δύο στοιχεία που αποδεικνύουν την δυσκολία απόλυτης επιτυχίας των ευρωπαϊκών πολιτικών καθώς το εύρος των επιπέδων ανισότητας που επικρατούν στην Ευρώπη είναι τόσο ευρύ που είναι δύσκολο να υπάρξει ένα ενιαίο ευρωπαϊκό μοντέλο. Είναι δεδομένο ότι οι χώρες πάντα θα παρουσιάζουν διαφορές ως προς τα επίπεδα ανάπτυξης, ωστόσο αυτές οι διαφορές δε πρέπει να αποτελέσουν εμπόδια στις σχέσεις συνεργασίας μεταξύ των χωρών και στις προσπάθειες επίτευξης κοινών όρων ανάπτυξης.

Από αρκετούς ερευνητές έχει υποστηριχθεί ότι είναι στη φύση του χώρου να παράγει οικονομικές ανισότητες. Η σημασία της αποτίμησης των περιφερειακών ανισοτήτων είναι διττή, δηλαδή θεωρητική-ακαδημαϊκή για τον έλεγχο των θεωρητικών υποδειγμάτων και πρακτική-πολιτική για τον έλεγχο των εφαρμοζόμενων πολιτικών (Αρτελάρης κ.ά., 2011).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της παρούσας εργασίας επιβεβαιώνουν την θέση ότι η ευρωπαϊκή οικονομία είναι μια διαφοροποιημένη πραγματικότητα που επηρεάζεται από διαρθρωτικά φαινόμενα που αφορούν τα χαρακτηριστικά της αγοράς εργασίας, την σύνθεση των διαφορετικών παραγωγικών κλάδων και τοπικούς παράγοντες. Η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση δυσχεραίνεται από τις περιφερειακές διαφορές και ιδιαίτερα από τη διαμόρφωση ομάδων χωρών με διαφορετικούς ρυθμούς ανάπτυξης (Amendola et.al, 2006). Βέβαια, όπως αποδεικνύεται κι από τον υπολογισμό του περιφερειακού δείκτη χωροθέτησης - LQ, ακόμη και εντός των χωρών υπάρχουν συχνά έντονες διαφοροποιήσεις τόσο ως προς τους οικονομικούς όσο και ως προς τους κοινωνικούς παράγοντες, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσκολότεροι στόχοι για την διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικών.

Όπως προκύπτει από την θεωρητική και στατιστική ανάλυση που προηγήθηκε, η ανισότητα στην Ευρώπη έχει τρεις κύριες διαστάσεις: στο εσωτερικό του κάθε κράτους-μέλους, μεταξύ των κρατών μελών και στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) στο σύνολό της, αν λάβουμε υπόψη τις ομάδες χωρών με κοινά χαρακτηριστικά (Majone, 1998).

Το κοινωνικοοικονομικό χάσμα έχει αυξηθεί στην Ευρώπη τις τελευταίες δεκαετίες και έχει ενταθεί μετά την έναρξη της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης. Η υψηλή και αυξανόμενη ανισότητα βλάπτει τις κοινωνίες κυρίως όσον αφορά την οικονομική ανάπτυξη. Έτσι παρεμποδίζεται η κοινωνική συνοχή, υπάρχουν χαμένες ευκαιρίες για πολλούς και εμφανίζονται χειρότερα αποτελέσματα υγείας. Ακόμη, η εμπιστοσύνη στους διαφορετικούς πολιτικούς θεσμούς μειώνεται και εμφανίζεται πολιτική και κοινωνική αστάθεια, με διάφορους τρόπους. Ειδικότερα, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο των ανισοτήτων, τόσο υψηλότερα είναι τα «κοινωνικά εμπόδια» μεταξύ των ομάδων και τόσο λιγότερα τα άτομα που αισθάνονται αισθήματα ασφάλειας και δικαιοσύνης. Τέλος, οι χωρικές ενότητες με διαφορετική δυναμική είναι δύσκολο να συνυπάρχουν σε μια κοινή ένωση καθώς εμφανίζονται αντιπαραθέσεις σχετικά με τον τρόπο χρηματοδοτήσεων. Η μειωμένη εμπιστοσύνη οδηγεί σε αυξανόμενη μισαλλοδοξία και ανησυχία σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και σε παγκόσμια κλίμακα λόγω της πολιτικής αστάθειας (Martin, 2005).

Είναι πραγματικότητα, ότι το κοινωνικοοικονομικό χάσμα όταν δεν αντιμετωπίζεται επιτυχώς μέσω των διαφόρων πολιτικών, θα συνεχίσει να αυξάνεται με την πάροδο του απλώς μεταδίδοντας πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα από τη μία γενιά στην άλλη. Πολλοί Ευρωπαίοι είναι όλο και πιο απαισιόδοξοι, σε ορισμένες περιπτώσεις περισσότερο από τους Αμερικανούς, για ζητήματα που αφορούν την ποιότητα ζωής και τις επαγγελματικές ευκαιρίες. Περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν σήμερα ότι η ατομική προσπάθεια δεν μπορεί πραγματικά να βοηθήσει να βρεθεί κάποιος στην κορυφή ή ότι η σκληρή δουλειά δεν μπορεί να αντισταθμίσει εντελώς ένα κακό οικογενειακό υπόβαθρο. Αυξάνοντας τις αντιλήψεις ότι η αξία και η προσπάθεια έχουν γίνει λιγότερο σημαντικές και ότι το κληρονομικό υπόβαθρο διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο για τις μελλοντικές ευκαιρίες και τα αποτελέσματα, εμφανίζονται ακραία πολιτικά φαινόμενα και κυριαρχεί ο λαϊκισμός (OECD, 2017).

Το φαινόμενο των ανισοτήτων είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα που πράγματι σχετίζεται με την οικονομική ανάπτυξη, αλλά έχει συνάφεια και με άλλες μεταβλητές όπως η υγεία, η εκπαίδευση και ποιότητα ζωής. Όσον αφορά την υγεία, είναι μία ιδιαίτερα

6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

πολύπλοκη έννοια που επηρεάζεται από ποικίλους κοινωνικοοικονομικούς, πολιτιστικούς, περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες. Η συγκεκριμένη πολυδιάστατη έννοια καθιστά τις αντίστοιχες πολιτικές ιδιαίτερα πολύπλοκες και απαιτητικές. Η ευρωπαϊκές πολιτικές όπως η πολιτική «Υγεία 2020» (Health 2020) έχουν σαν στόχο την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και τη βιώσιμη και ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται επίσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση στην εισαγωγή καινοτόμων συστημάτων στον κλάδο της υγείας, όπως το σύστημα e-health. Ωστόσο παρά την ύπαρξη κοινών στόχων για την υγεία σε όλα τα κράτη, υπήρξαν διαφορετικοί τρόποι αντιμετώπισης των προκλήσεων της χρηματοπιστωτικής κρίσης και των στόχων που θέτει η πολιτική υγείας. Ειδικότερα, τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαφοροποιούνται στο υγειονομικό σύστημα περίθαλψης, ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης στη δημόσια υγεία, ως προς τη ποιότητα και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρέωση των χρηστών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω των πολιτικών της έχει εκπληκτικά μεγάλο αντίκτυπο στην διαμόρφωση του συστήματος υγείας, όχι μόνο μέσω των άμεσων παρεμβάσεων και χρηματοδοτήσεων στο σύστημα αλλά και μέσω των πολιτικών που ασκούνται σε άλλους τομείς όπως το περιβάλλον, η εκπαίδευση και η διαμόρφωση των παραγωγικών κλάδων. Ωστόσο, οι ευρύτερες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία παραμένουν. Αυτό δεν μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη νομικών πλαισίων, αλλά σε μια σαφή προτίμηση των εθνικών κυβερνήσεων να αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά ζητήματα αποκλειστικά σε εθνικό επίπεδο από ό, τι σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Πρέπει να τονιστεί ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση σημείωσε επίσης κάποια πρόοδο αντιμετωπίζοντας τους καθοριστικούς παράγοντες συμπεριφοράς της υγείας, όπως το κάπνισμα και σε άλλα περιορίστηκε σε γενικές γραμμές στην παροχή πληροφοριών και αφήνοντας επιλογές σε ιδιώτες.

Αυτός ο γενικά θετικός αντίκτυπος δεν είναι ευρέως κατανοητός καθώς η κατακερματισμένη φύση της δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία μεταφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα νομικών βάσεων, πολλές από τις οποίες δεν έχουν στόχο την υγεία. Παρόλο που αυτά τα συστήματα υγείας είναι κατά κύριο λόγο εθνικά, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει κάνει σημαντικά βήματα μέσω χρηματοδοτήσεων στην αντιμετώπιση ασθενειών όπως ο καρκίνος, στην έρευνα φαρμακευτικών προϊόντων ώστε να είναι ασφαλή και διαθέσιμα και στην αναβάθμιση των υγειονομικών συστημάτων ορισμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να είναι σε θέση να ταξιδεύουν αλλού στην Ευρωπαϊκή Ένωση χωρίς να

ανησυχούν για το αν μπορούν να έχουν υγειονομική περίθαλψη εάν το χρειάζονται ή μάλιστα να μπορέσουν να επιλέξουν άλλη χώρα για την υγειονομική περίθαλψη, αν ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες τους. Ωστόσο, αυτή η συμβολή δεν είναι ευρέως κατανοητή, εν μέρει λόγω του κατακερματισμένου χαρακτήρα της δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας, όπως περιγράφεται παραπάνω. Η αποδοχή και έγκριση της συνεισφοράς της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην υγεία είναι απαραίτητη. Ιδιαίτερη αξία για την ανάλυση των ανισοτήτων στην υγεία, έχει η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές επηρεάζουν την υγεία, Αναλυτικότερη παρουσίαση επιχειρείται στο Κεφάλαιο 5 μέσω των παλινδρομήσεων που εκτελούνται. Στο κεφάλαιο που προηγήθηκε διαμορφώθηκαν τα τελικά μοντέλα που απεικονίζουν τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν. Στις αρχικές υποθέσεις που καταγράφηκαν επιβεβαιώθηκε η υπαρκτή επίδραση του Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ στην υγεία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι μέχρι ένα σημείο αύξησης του ΚΚ ΑΕΠ, βελτιώνεται η υγεία (βελτίωση προσδόκιμου ζωής, μείωση θανάτων), ενώ από ένα σημείο αύξησης και ακολούθως, οι δείκτες υγείας εμφανίζονται να παρουσιάζουν «χειρότερες τιμές». Συνεπώς το ΚΚ ΑΕΠ, επιδρά σημαντικά στη βελτίωση της υγείας ωστόσο υπάρχει ένα όριο μέχρι το οποίο μπορεί να επιδρά αυξητικά θετικά στην υγεία. Αυτό συμβαίνει καθώς το εισόδημα συμβάλλει στην ποιότητα ζωής και στην κάλυψη των βασικών αναγκών αλλά εφόσον επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος εντός ενός συγκεκριμένου φάσματος ΚΚ ΑΕΠ, επιδρούν κι άλλοι παράγοντες που πιθανώς δυσχεραίνουν τη διαρκή βελτίωση της υγείας. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να αφορούν το άγχος και τις καθημερινές δραστηριότητες. Συνεπώς ιδιαίτερη αξία, μεγαλύτερη από τη διαρκή προσπάθεια επίτευξης υψηλότερου εισοδήματος, έχει η κατανομή του εισοδήματος, ώστε όλοι να διαθέτουν το κατάλληλο εισόδημα προκειμένου να καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες τους (King & Soneji, 2012). Επίσης επιβεβαιώθηκε η αρνητική επίδραση στην υγεία της μεταβλητής που απεικονίζει τη στέρηση βασικών υλικών. Εντύπωση προκαλεί αρχικά η διαπίστωση της θετικής σχέσης μεταξύ των ατόμων που εγκαταλείπουν την εκπαίδευση και του προσδόκιμου ζωής. Οι δεσμοί μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας είναι πολύπλοκοι και επηρεάζονται από έναν αριθμό προσωπικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους επηρεάζονται από τις ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές. Η βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της υγείας και της εκπαίδευσης Υποστηρίζεται ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης είναι πιθανόν να έχουν ένα καλύτερο εισόδημα και επομένως καλύτερη

ποιότητα ζωής. Οι μαθητές που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανεργίας και χαμηλότερης ειδίκευσης με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε χαμηλότερα εισοδήματα. Ως εκ τούτου, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να περιθωριοποιηθούν και να αποκλειστούν κοινωνικά.

Έτσι, η φτώχεια, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία. Επίσης, η εκπαίδευση παίζει ρόλο στην προώθηση της κοινωνικής ανάπτυξης και των κοινωνικών δεξιοτήτων ενός ατόμου ενισχύοντας τις προσπάθειες για ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Ωστόσο, τα έτη για τα οποία μελετήθηκε το προσδόκιμο ζωής παρουσιάζονται έντονα ποσοστά ανεργίας στην Ευρώπη. Αν λάβουμε υπόψη ότι το προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται με βάση τις επικρατούσες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, τότε η θετική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών δικαιολογείται καθώς υπάρχουν άτομα ανώτερης εκπαίδευσης τα οποία βιώνουν την ανεργία τα έτη 2013 έως 2016 και εμφανίζουν στοιχεία αποκλεισμού και περιθωριοποίησης. Έτσι τα άτομα που εγκαταλείπουν την εκπαίδευση νωρίτερα μπορεί να εμφανίζουν λιγότερο άγχος και βελτιωμένο προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με άνεργους νέους ανώτερης εκπαίδευσης (Brunello & Paola, 2014).

Επιπρόσθετα μη αναμενόμενη ήταν η σχέση μεταξύ των ατόμων σε ποσοστό φτώχειας και του σταθμισμένου δείκτη θανάτων. Αν και αναμενόταν θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών τελικά εμφανίστηκε αρνητική. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα θα μπορούσε να εξηγηθεί αν ήταν γνωστή η σύνθεση του πληθυσμού της μεταβλητής που αφορά τα άτομα σε ρίσκο φτώχειας. Γίνεται η υπόθεση ότι μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο κάποιος άλλος κοινωνικός παράγοντας, όπως η ηλικία ή το φύλο. Επίσης, υποθέτουμε ότι η συγκεκριμένη σχέση μπορεί να ερμηνεύεται μέσω παραγόντων που αφορούν το ευρύτερο περιβάλλον όπως είναι η ποιότητα του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης ή το σύστημα υποδομών, αν αναλογιστούμε ότι το ποσοστό θανάτων σχετίζεται και με ατυχήματα μεταφορών. Συνεπώς, άτομα τα οποία βρίσκονται σε ρίσκο φτώχειας μπορεί να μην εμπλέκονται σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Επίσης, άτομα σε ρίσκο φτώχειας μπορεί να μην επηρεάζονται από περιβαλλοντικά ζητήματα ρύπανσης του αέρα, από καταστάσεις αυξημένου άγχους και ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν ασθένειες όπως οι καρδιοπάθειες και ο καρκίνος (Fritzell, et al, 2013).

Συνοψίζοντας, οι ανισότητες στην υγεία και την ανάπτυξη είναι πραγματικότητα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση καλείται να αντιμετωπίσει τις συγκεκριμένες προκλήσεις και να

διαμορφώσει τις πολιτικές της με γνώμονα την ισότητα και βιωσιμότητα. Ιδιαίτερη αξία για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου μπορεί να διαδραματίσει ο χωρικός σχεδιασμός καθώς είναι απαραίτητος ο οριζόντιος συντονισμός των διαφορετικών πυλώνων πολιτικής αλλά ταυτόχρονα και η πολυεπίπεδη εφαρμογή τους σε επίπεδο Ένωσης, κρατών και περιφερειών.

6.2 Προτάσεις για αλλαγές στην πολιτική σχεδιασμού

Αξιοποιώντας τη θεωρητική και στατιστική ανάλυση που προηγήθηκε, στην παρούσα ενότητα θα καταγραφούν προτάσεις για αλλαγές στη πολιτική στρατηγικού σχεδιασμού, οι οποίες έχουν ως στόχο τη μείωση του αναπτυξιακού χάσματος στην Ευρώπη και τη βελτίωση των συστημάτων υγείας.

Για την άρση των ανισοτήτων κρίνεται απαραίτητη η αλλαγή της νοοτροπίας προς την κατεύθυνση μιας ενωμένης Ευρώπης. Απαραίτητη είναι η άρση των εθνικών διαχωρισμών και η ανάπτυξη της νοοτροπίας μίας ομοσπονδιακής Ευρώπης με την δημιουργία δικτύων συνεργασίας. Η αλλαγή νοοτροπίας πρέπει να αποτυπωθεί και στις αντίστοιχες πολιτικές. Σε κάποιο βαθμό η συγκεκριμένη πρόταση περιορίζεται από το διαχωρισμό των χωρών ανάλογα με το ΚΚ ΑΕΠ και την παροχή των αντίστοιχων χρηματοδοτήσεων. Πρέπει να αναπτυχθούν συνεργασίες μεταξύ των περιοχών που εμφανίζουν διαφορετικούς ρυθμούς ανάπτυξης προκειμένου να υπάρξει η προσπάθεια σύγκλισης. Οι συγκεκριμένες συνεργασίες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε προγράμματα ενίσχυσης της ανταγωνιστικότητας και εμπορικών συνεργασιών (Petrakos & Artelaris, 2006).

Ακόμη, η βελτίωση της διακυβέρνησης σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, μπορεί να αυξήσει τη συνοχή εντός της ένωσης μέσω της παραγωγικής αξιοποίησης των διαρθρωτικών πόρων. Η συμμετοχή όλων των σχετικών παραγόντων στην υλοποίηση των προγραμμάτων είναι κρίσιμη. Αρμόδια υπουργεία, περιφέρειες, δήμοι, επαγγελματικές οργανώσεις, ερευνητικά κέντρα, επιχειρήσεις και κοινωνικοί εταίροι πρέπει να αναπτύξουν ολοκληρωμένες στρατηγικές που να αξιοποιούν τους διαρθρωτικούς πόρους σε πλήρη συνεργασία μεταξύ τους προκειμένου να δημιουργηθούν τα μέγιστα οφέλη.

Σημαντικό ρόλο την μείωση των ανισοτήτων μπορεί να διαδραματίσουν τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, η Επιτροπή των Περιφερειών κατά την κατάρτιση νομοθεσίας για θέματα που αφορούν την τοπική και περιφερειακή

6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

αυτοδιοίκηση, όπως η υγεία, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η κοινωνική πολιτική, η οικονομική και κοινωνική συνοχή, οι μεταφορές, η ενέργεια, η κλιματική αλλαγή και η διασυνοριακή συνεργασία, μπορεί να αποτυπώσει τις τοπικές ανάγκες και να τις ενσωματώσει στις γενικές πολιτικές της ένωσης (Nugent,2006).Έτσι μπορεί να συνδυαστεί ο υπερκείμενος με τον υποκείμενο σχεδιασμό.

Αναλύοντας τους κοινωνικοοικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας καθίσταται σαφές ότι οι πολιτικές και τα προγράμματα που έχουν ως αντικείμενο τη βελτίωση της πολιτικής υγείας και των υγειονομικών συστημάτων, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλα τα βασικά στοιχεία για τους διάφορους τομείς της κοινωνίας όχι μόνο του τομέα της υγείας. Η υγεία είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού διαφόρων παραγόντων, αλλά η κοινωνία τείνει να πιστεύει ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν την υψηλότερη ευθύνη να παρέχουν τις εισροές που απαιτούνται για την αύξηση της ποιότητας ζωής και επιβίωσης, τις δύο κύριες μεταβλητές που μας επιτρέπουν να ποσοτικοποιήσουμε μια τέτοια αφηρημένη και πολυπαραγοντική έννοια όπως η υγεία. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν από τους ανθρώπινους πόρους, τις επιστημονικές γνώσεις και τις τεχνολογίες να αποφέρουν την αναμενόμενη παραγωγή. Ένα σύστημα είναι, εξ ορισμού, ένα σύνολο οργανωμένων στοιχείων που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου. Μέχρι στιγμής, όμως, το πλαίσιο εντός του οποίου έχει πραγματοποιηθεί η αλληλεπίδραση των στοιχείων των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης υπήρξε εθνικό και όχι υπερεθνικό. Αυτό είναι ένα αρκετά κρίσιμο ζήτημα (Thomson,et al 2014).

Η οργάνωση ενός εθνικού συστήματος υγείας, προκειμένου να επιτευχθούν αποτελεσματικά οι στόχοι του, πρέπει να εξετάσει την οργάνωση άλλων γειτονικών συστημάτων, ιδίως όταν η χώρα ανήκει σε μια διεθνή δομή όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση. Μέχρι στιγμής, τα κράτη μέλη είναι αρμόδια να οργανώνουν τα δικά τους συστήματα περίθαλψης και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει περιορίσει κυρίως τις οδηγίες της για τη διευκόλυνση ενός κοινού πλαισίου όσον αφορά ορισμένες πτυχές των εισροών που σχετίζονται με την υγεία. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας έχει καταγράψει σημαντικά επιτεύγματα.

Απαραίτητη κρίνεται λοιπόν, για να αντιμετωπιστούν όλα αυτά τα ζητήματα, η εναρμόνιση των εθνικών νομικών πλαισίων για την υγεία, με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά. Ο σχεδιασμός «από κάτω προς τα πάνω» - «bottom-up», είναι απαραίτητος προκειμένου να αναγνωρίζονται οι τοπικές ανάγκες, ωστόσο σε καμία περίπτωση δε

πρέπει να υπάρχει αμφιβολία για την πρόσβαση στη δημόσια ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, προϋπόθεση για το οποίο είναι μία καθολική στοχοθεσία (Heintz,2016).

Μία ένωση με ισότιμους όρους υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί ταυτόχρονα απλούστευση της διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης και περισσότερη άνεση για τους πολίτες. Απαραίτητη κρίνεται η εξάλειψη της υπερβολικής γραφειοκρατίας σε ζητήματα που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη σε άλλες χώρες και η απλούστευση ορισμένων απαιτήσεων, όπως η εφαρμογή ενός κοινού και μοναδικού ευρωπαϊκού πανεπιστημιακού πτυχίου ιατρικής που θα διευκόλυνε την εργασία σε οποιοδήποτε ευρωπαϊκό σύστημα εθνικής υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμη, θεμιτή κρίνεται η αύξηση της χρηματοδότησης για την υγεία στα κράτη τα οποία είναι εφικτό. Αυτή η πρόταση προϋποθέτει την εκτεταμένη πολυκριτηριακή ανάλυση των πιθανών έργων που μπορούν να χρηματοδοτηθούν, στον τομέα της υγείας ώστε να υλοποιούνται αυτά που θα επιφέρουν τα μέγιστα οφέλη όχι μόνο σε τοπικό, περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο αλλά στο σύνολο της Ευρώπης δημιουργώντας συνέργειες. Με αυτό τον τρόπο θα ενισχυθεί ταυτόχρονα η ευρωπαϊκή πολιτική (Antoñanzas,2015).

6.3 Προτάσεις μελλοντικής έρευνας

Κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας διαπιστώθηκε ότι ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη και ανάλυση μεταβλητών, που ως υπόθεση συσχετίζονται με την υγεία, για περισσότερα έτη. Ωστόσο το εμπόδιο που αντιμετωπίστηκε ήταν η διαθεσιμότητα των δεδομένων υγείας. Έτσι σε μελλοντική έρευνα με δυνατότητα εύρεσης περισσότερων δεδομένων θα μπορούσαν να επιλεχθούν πρόσθετες μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με πρόσθετους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ενδεικτικά αναφέρονται ως πιθανές μεταβλητές, η κατανομή εργαζομένων σε παραγωγικούς κλάδους, η ιδιοκτησία ακινήτων, ο βαθμός αστικοποίησης και η ενεργειακή κατανάλωση.

Επίσης, κατά την επεξεργασία της διπλωματικής εργασίας αναδύθηκαν ζητήματα τα οποία θα μπορούσαν να μελετηθούν και τα οποία παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς σχετίζονται με το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Νέα Επιχειρηματικότητα, Καινοτομία και Ανάπτυξη». Τα ζητήματα αυτά είναι τα εξής:

1. Πολιτική υγείας και πολιτική

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της σχέσης μεταξύ πολιτικής και πολιτικής υγείας. Θα μπορούσαν να μελετηθούν οι θεωρίες διαμόρφωσης ατομικών απόψεων, η

6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

συμπεριφορά ψήφου, το νομοθετικό πλαίσιο για μία συγκεκριμένη χώρα ή και για διαφορετικές χώρες. Η μελέτη του ρόλου της κοινής γνώμης, των ομάδων συμφερόντων, των μέσων μαζικής ενημέρωσης και των θεσμικών οργάνων για να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της πολιτικής για την υγεία, θα μπορούσαν να αποτυπώσουν σημαντικά συμπεράσματα για τον τρόπο διαμόρφωσης πολιτικών. Οι ερευνητικές μέθοδοι που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν περισσότερο σε αυτή την τροχιά περιλαμβάνουν μεθόδους έρευνας και ποσοτικές στατιστικές μεθόδους για βάσεις δεδομένων μεγάλης κλίμακας.

2.Ανεργία και υγεία

Η ανεργία είναι ένα φαινόμενο που απορρυθμίζει τα οικονομικά συστήματα. Η μελέτη των συνεπειών της ανεργίας στη θνησιμότητα και σε άλλες μεταβλητές υγείας, μπορεί να συμβάλλει στην ερμηνεία φαινομένων που κατά την περίοδο αύξησης της ανεργίας παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις από τις καθιερωμένες τάσεις. Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση των επιπτώσεων της ανεργίας στο υγειονομικό σύστημα περίθαλψης συγκεκριμένων χωρών. Η συγκριτική μελέτη της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας σε οικονομικές μεταβολές μπορεί να συμβάλλει στην αποτύπωση βέλτιστων πρακτικών και στις προτάσεις για μελλοντικές αλλαγές. Για παράδειγμα η δυνατότητα για υποστήριξη των ανέργων και άλλων κοινωνικά ευπαθών ομάδων μπορούν να αποτυπώσουν τον κοινωνικό χαρακτήρα των πολιτικών.

3.Καινοτομία και πολιτική υγείας

Η μελέτη της αξίας της καινοτομίας στην πολιτική υγείας μπορεί να διευκολύνει την εύρεση αποτελεσματικών και οικονομικότερων λύσεων για τη βελτίωση των υγειονομικών συστημάτων περίθαλψης. Τα συστήματα μπορεί να επικεντρωθούν σε συστήματα ενημέρωσης, λογισμικού (λ.χ “aQurance”) και φαρμακευτικής παροχής (λ.χ “Pager”). Ειδικότερα μπορεί να υπάρξει σύγκριση των ευρωπαϊκών λύσεων με αντίστοιχες στις ΗΠΑ. Επίσης, θα μπορούσε να διερευνηθεί η δυνατότητα εφαρμογής συγκεκριμένων καινοτόμων συστημάτων σε συγκεκριμένη χώρα-μελέτη περίπτωσης, λαμβάνοντας υπόψη την αντίστοιχη εθνική νομοθεσία.

ΠΗΓΕΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Αρτελάρης, Π., Καλλιώρας, Δ. & Πετράκος, Γ. (2011). *Εισοδηματικές ανισότητες μεταξύ των ελληνικών νομών 1995-2005: Διερεύνηση της ύπαρξης σύγκλισης κατά ομάδες*. *Αειχώρος* (15): σ. 42-67

Βαφειάδου, Σ. (2017). *Διερευνώντας νέους τρόπους εκτίμησης της σ-σύγκλισης*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Γιαννακού, Α. (2007). *Πλαίσιο Χωρικού Σχεδιασμού και αρχές αειφόρου ανάπτυξης στον Ευρωπαϊκό και Ελληνικό χώρο τρέχουσες εξελίξεις*, Εισήγηση στο ΤΕΕ- Τμήμα κεντρικής Μακεδονίας

Ζήκου, Α. & Παπανικολάου, Κ. (2013). *Χωρικές ανισότητες στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Υποχρεωτική εργασία Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Καραβέλη, Ε. & Τσιώνας, Ε. (2011). *Οι περιφερειακές ανισότητες στην Ελλάδα: Προσδιοριστικοί Παράγοντες, Τάσεις και Προοπτικές*. Εισήγηση που παρουσιάστηκε στο 9ο συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας Περιφερειακής Επιστήμης, Αθήνα

Κατσάνης, Θ. (2015). *Η σημασία της αντιμετώπισης του δημοκρατικού ελλείματος του συστήματος Ευρωπαϊκής Διακυβέρνησης και της άντλησης νομιμοποίησης των αποφάσεων για το μέλλον της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Μαλάμου, Θ. (2015). *Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας*. *Hellenic journal of nursing* 54(3):σελ. 231–240

Πετράκος, Γ. και Rodriguez- Pose, A. (2002). *Περιφερειακές ανισότητες στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Σειρά ερευνητικών εργασιών 8(5):σελ. 87-122.

Πετράκος, Γ. & Ψυχάρης, Γ. (2004) *Περιφερειακή ανάπτυξη στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κριτική.

Πολύζος, Σ. (2011). *Περιφερειακή Ανάπτυξη*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική, Κεφ. 5: σελ. 197-222.

Σκαρτσίουνης, Ν. (2017). *Ευρωπαϊκή ένωση και περιφερειακές ανισότητες Βορρά-Νότου*. Διπλωματική εργασία. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων Πανεπιστημίου Πειραιά.

Τούντας, Γ. (2001). *Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(1):σελ.13-15.

Τσίμπος, Κ. (2008). *Μέτρα Περιφερειακής κατανομής Πληθυσμού*. Στο Κ. Τσίμπος (Επ.), Εισαγωγή στην Πληθυσμιακή Γεωγραφία (σελ. 73 – 111). Αθήνα: Σταμούλης.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Acheson, D. (1988). *Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London: HMSO

Amendola A., Caroleo F.E., Coppola G. (2006). *Regional Disparities in Europe*. The European Labour Market. AIEL Series in Labour Economics. Physica-Verlag HD

Antoñanzas, F., Rodríguez, R., Juárez, C.(2015). *Is personalized medicine a panacea for health management? Some thoughts on its desirability*. European Journal of Health Economics (16):pp 455–457

Arnold, R.A. (2005).Economics. Thomson

Barca, F., McCann, P. & Rodriguez-Pose, A. (2012). *The case for regional development intervention: place-based versus place-neutral approaches*, Journal of Regional Science, 52 (1): pp. 134-152.

Becker, S., Egger, P., von Ehrlich, M. (2010). *Going NUTS: The effect of EU structural funds on regional performance*. Journal of Public Economics 94:pp. 578–590.

Benach, J., Yasui, Y., Borrell, C., Sáez, M., Pasarin M.I. (2001). Material deprivation and leading causes of death by gender: evidence from a nationwide small area study.

Börzel, T.A. & Risse, T. (2018). *From the euro to the Schengen crises: European integration theories, politicization, and identity politics*, Journal of European Public Policy. 25(1): pp. 83-108.

Brunello, G. & Paola, M. (2014). The costs of early school leaving in Europe. Journal of Labor Policy 3(22)

Buchanan, B., Le, Q.V. & Rishi, M. (2012). *Foreign direct investment and institutional quality: Some empirical evidence*, International Review of Financial Analysis 21: pp. 81-89.

Crescenzi R. & Rodríguez-Pose A. (2012). *An ‘integrated’ framework for the comparative analysis of the territorial innovation dynamics of developed and emerging countries*, Journal of Economic Surveys, 26(3):pp.517–533.

Cromley, R. G., & Hanink, D. M. (2012). *Focal Location Quotients: Specification and Application*. Geographical Analysis, 44(4) :pp.398–410.

Connolly, A.M. (2017). *Improving people’s health through spatial planning*.

Deaton, A. (1999). *Inequalities in income and inequalities in health*. JEL (11)

Dellmuth, L.M., Stoffel, M., & Schraff, D. (2014). *EU funding policies may be undermined by regional authorities using structural fund allocations to win votes at the local level*.

Ertur, C., Le Gallo, J., Baumont, C. (2006). *The European Regional Convergence Process, 1980-1995: Do Spatial Regimes and Spatial Dependence Matter?*, International Regional Science Review 29(1):pp. 3–34.

European Commission (2014). *The third health programme 2014-2020 funding health initiatives*

Fritzell, I. J., Kangas, O., Bacchus Hertzman, J., Blomgren, J. & Heikki Hiilamo, H. (2013). Cross-Temporal and Cross-National Poverty and Mortality Rates among Developed Countries *Journal of Environmental and Public Health*

Galea, S., Tracy, M., Hoggatt, K. J., DiMaggio, C., Karpati, A. (2011). *Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States*. *American Journal Public Health*. 101(8): pp.1456–1465.

Gokce, D., Varsha G., Brian K. (2016). *Effect of GDP Per Capita on National Life Expectancy*. Georgia Institute of Technology. School of Economics, Undergraduate Research Paper

Graham H. (2009). *Health inequalities, social determinants and public health policy*. *Policy & Polit* (37):463-479.

Graham, H., White P. C. L. (2016). *Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives*. *Public Health* 141: pp 270–278

Grazier, K. & Metzler, B. (2006). Health care entrepreneurship: financing innovation. *Journal of Health and Human Services Administration*: 28(4):pp 485-503.

Heintz, E., Gerber-Grote, A., Ghabri, S., Hamers, F., Prevolnik-Rupel, V., Slabe-Erker, R. (2016). *Is there a European view on health economic evaluations? Results from a synopsis of methodological guidelines used in the EUnetHTA partner countries*. *Pharmacoeconomics* (34):pp 59–76

Kaplan, G., Pamuk, E. R., Lynch, J. M., Cohen R. D. & Balfour, J. L. (1996). *Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways*. *British Medical Journal* (312): 999—1003.

Kalediene, R., J. Petrauskiene J. (2005). *Inequalities in mortality by education and socio-economic transition in Lithuania: equal opportunities?* *Public Health* 119(9): pp 808-815

- Keating, M. (2017). *Contesting European regions*. Regional studies, 51(1): pp. 9–18.
- Kennedy, Bruce, P., I Kawachi, I. & Prothrow-Stith, D. (1996). *Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States*. British Medical Journal (312): 1004–7
- King, G, Soneji, S. (2012). *Statistical Security for Social Security*. Population Association of America.
- Kotios A., Saratsis Y., and Galanos G., (2010). *Regional Development Strategies in Open Economies: Theoretical Questions*. Middle Eastern Finance and Economics 8: pp. 55-67.
- Lagos, R. (2013). *Today's Global Crisis is Political, Not Economic*. New Perspectives Quarterly, 30(2): pp.2-63.
- Mackenbach, J. P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. Part of the project entitled “Tackling Health Inequalities: Governing for Health”
- Majone, G. (1998). *Europe’s ‘Democratic Deficit’: The Question of Standards*. European Law Journal, 4(1): pp. 5-28.
- Martin, P. (2005). *The geography of inequalities in Europe*. Swedish Economic Policy Review 12: pp.83-108.
- McDaid D. & Suhrcke M. (2012). *The contribution of public health interventions: an economic perspective*, Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Neumayer, E. (2005). Commentary: The economic business cycle and mortality. International Journal of Epidemiology 34:pp. 1221–1222
- Nugent, N. (2006). *The Government and Politics of the European Union*, Macmillan.
- OECD (2017). *Understanding the socio-economic divide in europe* - Background report

Perrucchini1, C. & Ito, H. (2017). *European Regional Inequalities: The Other Face of Development*. International Journal of Economics and Finance. 9(4): pp.163-171.

Petrakos, G. & Artelaris, P. (2006). *Regional Convergence Revisited: A WLS Approach*, Discussion Paper Series 12(11): pp. 219-242.

Public Health England (2017). *Spatial Planning for Health*. An evidence resource for planning and designing healthier places.

Puigcerver-Peñalver, M.C. (2007). *The Impact of Structural Funds Policy on European Regions' Growth. A Theoretical and Empirical Approach*. The European Journal of Comparative Economics, 4 (2): pp. 179-208.

Rodríguez-Pose, A. & Tselios, V. (2015). *Toward Inclusive Growth: Is There Regional Convergence in Social Welfare?* International Regional Science Review 38(1): pp. 30-60.

Senge, M.S. (2006). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*, NY: Currency Doubleday

Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T, Jowett, M., Mladovsky, P. Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M. & Kluge H. (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. World Health Organization

United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*

World Health Organisation (2008). *The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth*.

World Health Organisation (2012). *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*

World Health Organisation (2013). *“Health 2020” A European policy framework and strategy for the 21st century*

Διαδικτυακοί Τόποι

European Commission (2018): Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/health>, Τελευταία Πρόσβαση 20-6-2018

WHO (2018): Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/en/> Τελευταία Πρόσβαση 22-6-2018

Eurostat (2018α): Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tgs00005>, Τελευταία Πρόσβαση 30-7-2018

Eurostat (2018b): Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tgs00103> Τελευταία Πρόσβαση 30-7-2018

Eurostat (2018c): Διαθέσιμο στο http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Early_leavers_from_education_and_training Τελευταία Πρόσβαση 30-7-2018

Eurostat (2018d): Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tgs00104> Τελευταία Πρόσβαση 30-7-2018

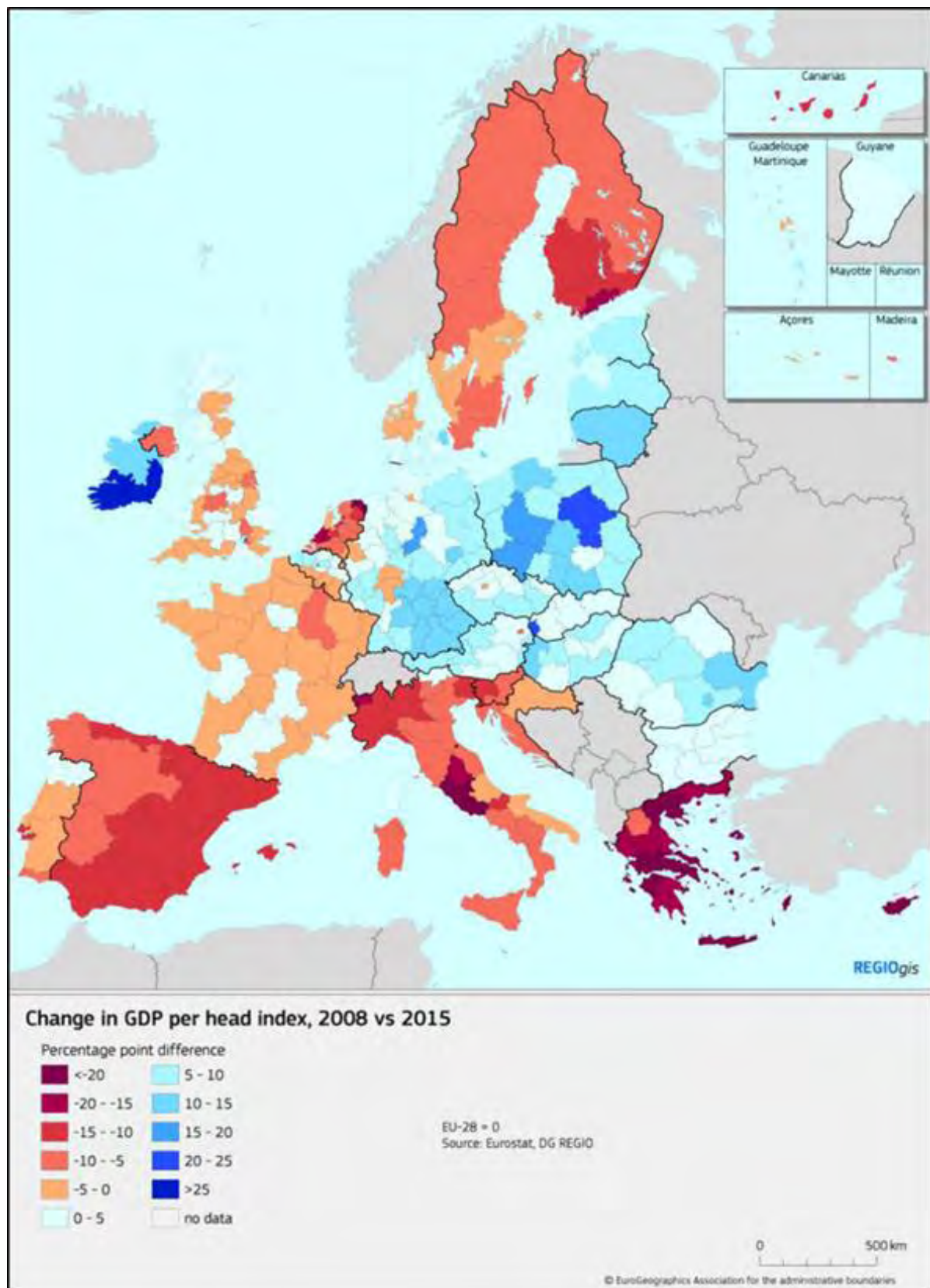
Eurostat (2018e): Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tgs00101> Τελευταία Πρόσβαση 30-7-2018

Eurostat (2018f): Διαθέσιμο στο http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/demo_mor_esms.htm Τελευταία Πρόσβαση 30-7-2018

Eurostat (2018g): Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/eurostat/web/nuts/principles-and-characteristics> Τελευταία Πρόσβαση 28-7-2018

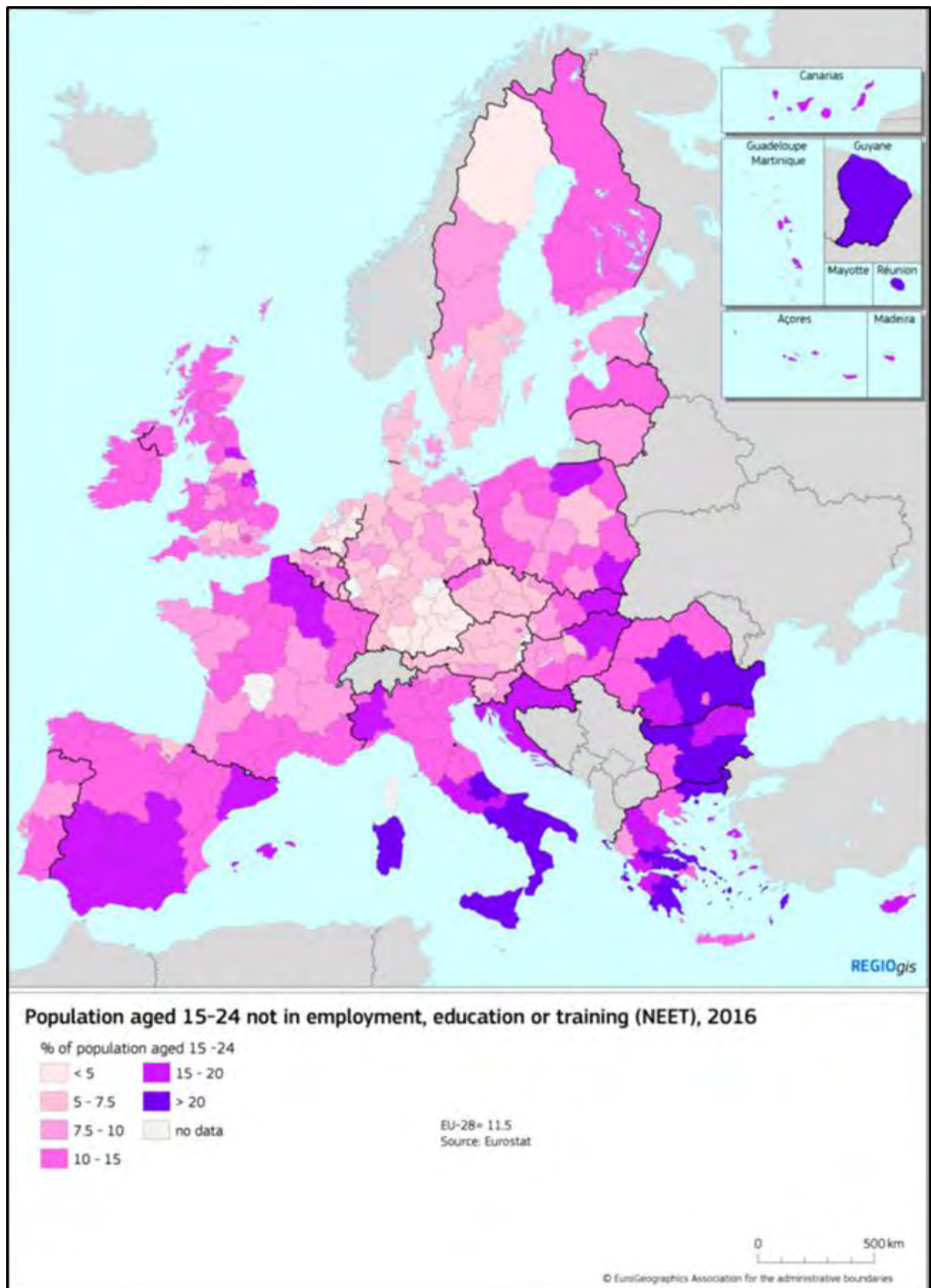
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εικόνα 1: Μεταβολή του ΚΚ ΑΕΠ μεταξύ των ετών 2008-2015



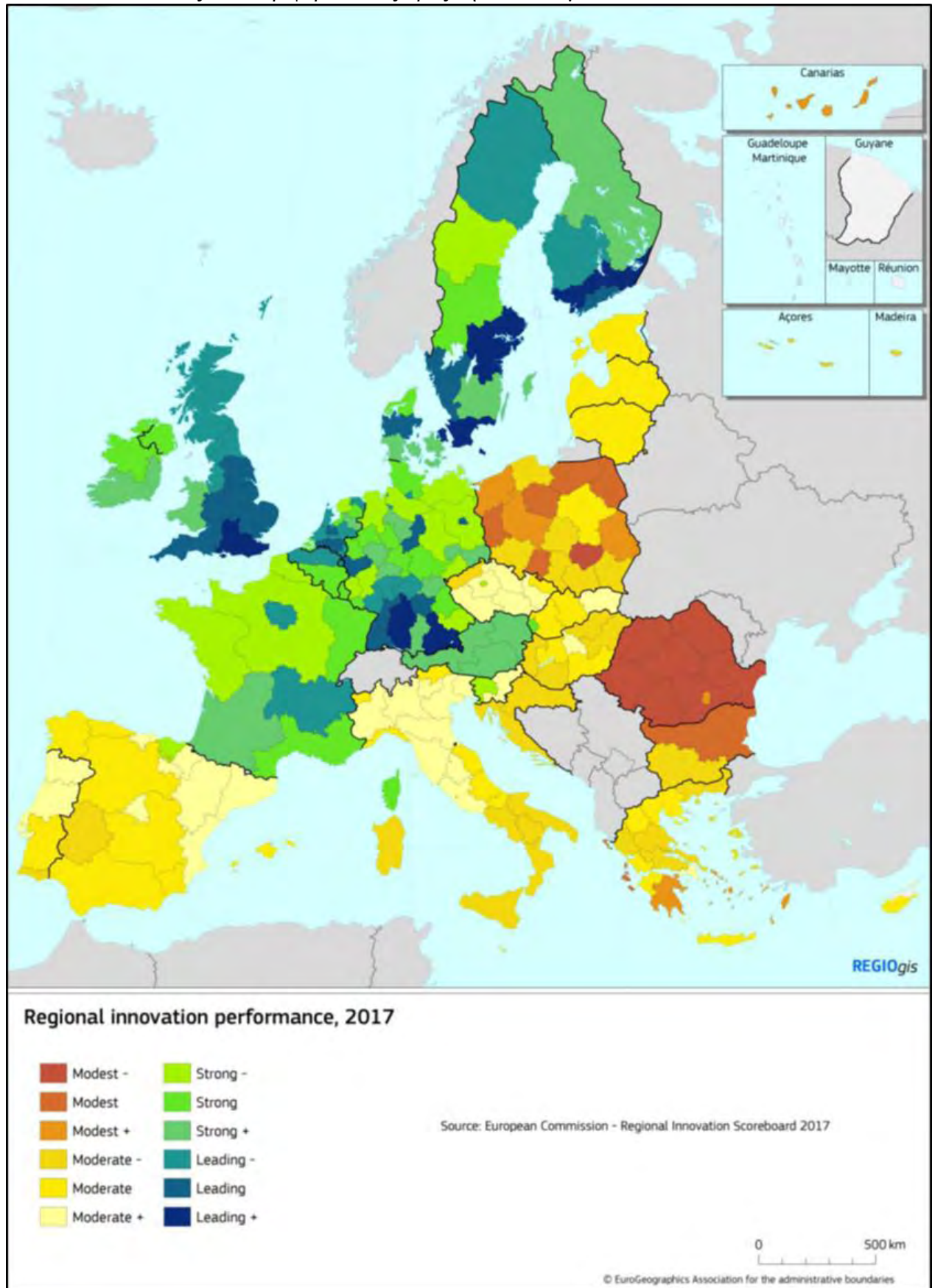
Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017

Εικόνα 2: Πληθυσμός ηλικίας 15-24 ετών που βρίσκεται εκτός απασχόλησης, εκπαίδευσης ή κατάρτισης, 2016



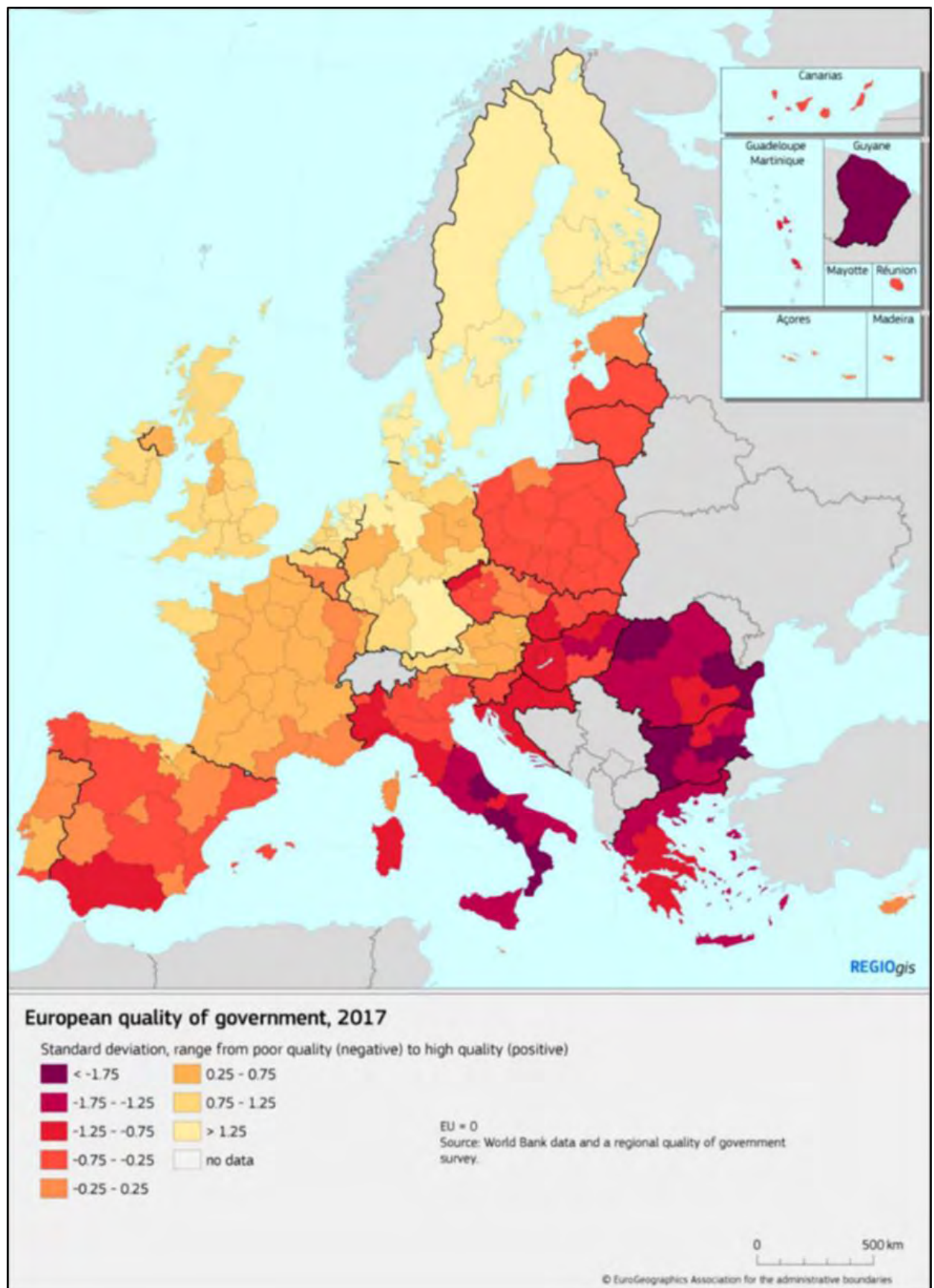
Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017

Εικόνα 3: Επιδόσεις των περιφερειών ως προς την καινοτομία, 2017



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017

Εικόνα 4: Ευρωπαϊκός δείκτης ποιότητας της διακυβέρνησης, 2017



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017

ΔΟΚΙΜΕΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΕΩΝ

ΔΟΚΙΜΗ_1:

Y=LN_STANDARDISED_DEATH_RATE

X1:GDP_PC_PPS

X2:AT_RISK_OF_POVERTY

X3:SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION

MODEL SUMMARY:

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,770 ^a	,593	,591	,12787	,593	351,275	3	724	,000	,280

COEFFICIENTS:

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	7,135	,024		295,394	0,000	7,087	7,182		
	GDP_PC_PPS	-5,379E-06	,000	-,226	-8,149	,000	,000	,000	,733	1,365
	AT_RISK_OF_POVERTY	-,008	,001	-,263	-10,017	,000	-,010	-,006	,816	1,225
	SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	,016	,001	,709	24,912	,000	,015	,017	,695	1,439

ΔOKIMH_2:

Y=LN_LIFE_EXPECTANCY

X1:LN_GDP_PC_PPS

X2:EARLY_LEAVERS

MODEL SUMMARY:

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,433 ^a	,188	,186	,0275812631	,188	119,046	2	1030	,000	,364

COEFFICIENTS:

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	4,099	,019		212,965	0,000	4,061	4,137		
	EARLY_LEAVERS	,000	,000	,066	2,286	,022	,000	,001	,943	1,060
	LN_GDP_PC_PPS	,028	,002	,444	15,365	,000	,025	,032	,943	1,060

ΔOKIMH_3:

Y=LN_LIFE_EXPECTANCY

X1:LN_GDP_PC_PPS

X2:LN_EARLY_LEAVERS

MODEL SUMMARY:

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,437 ^a	,191	,190	,0274868197	,191	122,170	2	1034	,000	,372

COEFFICIENTS:

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	4,090	,020		208,495	0,000	4,052	4,129		
	LN_GDP_PC_PPS	,028	,002	,445	15,631	,000	,025	,032	,964	1,037
	LN_EARLY_LEAVERS	,005	,002	,085	3,001	,003	,002	,009	,964	1,037

ΔOKIMH_4:

Y=LIFE_EXPECTANCY

X1:LN_GDP_PC_PPS

X2:EARLY_LEAVERS

X3: DUMMY

MODEL SUMMARY:

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,434 ^a	,188	,186	2,1870	,188	79,389	3	1029	,000	,352

COEFFICIENTS:

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	57,556	1,528		37,674	,000	54,558	60,554		
	LN_GDP_PC_PPS	2,246	,147	,443	15,322	,000	1,958	2,534	,943	1,061
	EARLY_LEAVERS	,032	,013	,072	2,485	,013	,007	,057	,941	1,062
	DUMMY	,256	,158	,045	1,615	,107	-,055	,567	,998	1,002

ΔOKIMH_5:

Y=STANDARDISED_DEATH_RATE

X1:LN_GDP_PC_PPS

X2:AT_RISK_OF_POVERTY

X3:SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION

MODEL SUMMARY:

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,620 ^a	,385	,382	271,22861	,385	158,788	3	762	,000	,658

COEFFICIENTS:

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1290,897	292,183		4,418	,000	717,318	1864,475		
	AT_RISK_OF_POVERTY	-13,548	1,559	-,270	-8,691	,000	-16,608	-10,487	,838	1,193
	SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	26,580	1,235	,681	21,516	,000	24,155	29,005	,806	1,240
	ln_gdp_pc_pps	-21,877	29,001	-,022	-,754	,451	-78,808	35,055	,958	1,043

ΔOKIMH_6:

Y=STANDARDISED_DEATH_RATE

X1:LN_GDP_PC_PPS

X2:LN_AT_RISK_OF_POVERTY

X3:LN_SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION

MODEL SUMMARY:

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,620 ^a	,385	,382	271,22861	,385	158,788	3	762	,000	,658

COEFFICIENTS:

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1290,897	292,183		4,418	,000	717,318	1864,475		
	AT_RISK_OF_POVERTY	-13,548	1,559	-,270	-8,691	,000	-16,608	-10,487	,838	1,193
	SEVERE_MATERIAL_DEPRIVATION	26,580	1,235	,681	21,516	,000	24,155	29,005	,806	1,240
	ln_gdp_pc_pps	-21,877	29,001	-,022	-,754	,451	-78,808	35,055	,958	1,043

